

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบสื่อมัลติมีเดียต่อความเครียด
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



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.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Effects of media-based psychoeducation program on stress
for caregivers of stroke patients.

Miss Lalana Kantavat



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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

ลลนา คันธวัฒน์ : ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Effects of media-based psychoeducation program on stress for caregivers of stroke patients.) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: นพ.ดารุจ อนิวรรณพงศ์, 128 หน้า.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบสื่อมีเดียโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมแบบอำพรางฝ่ายเดียว โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียเป็นวิธีการบำบัด มีผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เข้ารับการรักษที่สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 34 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียจำนวน 17 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดตามปกติจำนวน 17 ราย โดยทำการประเมินทั้งก่อนและหลังใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียและเปรียบเทียบผลความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่าง 2 กลุ่มทดลอง โดยใช้แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล แบบประเมินความคาดหวังความสามารถในการดูแล แบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแล เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้ดูแล คะแนนความคาดหวังความสามารถในการดูแล และคะแนนความภาคภูมิใจในตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) และมีคะแนนความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแลและคะแนนความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ทั้งหลังจบการบำบัดทันทีและหลังจบการบำบัด 1 เดือน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียสามารถลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางให้กับสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียเพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และให้เห็นถึงความสำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก

5974261930 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: STRESS / CAREGIVER / MEDIA-BASED PSYCHOEDUCATION PROGRAM

LALANA KANTAVAT: Effects of media-based psychoeducation program on stress for caregivers of stroke patients.. ADVISOR: DARUJ ANIWATTANAPONG, M.D., 128 pp.

The objective of this study is to purpose the effects of media-based psychoeducation program on stress for caregivers of stroke patients. The conducted research study is an experimental design with single-blinded randomized controlled trials by using media-based psychoeducation program intervention. The subjects are 34 caregivers of stroke patients at the Prasat neurological institute in Bangkok whom 17 subjects are randomized into the experimental group used media-based psychoeducation program and others 17 subjects are control group using standard care. All the subjects are evaluated pre-test and post-test prior to the delivery of the media based psychoeducation program and were compared between the control group and the experimental group. Tools and methods used to collect data compose of caregiver stress Interview - CSI, Expectation of caregivers of stroke patient evaluation, Self-esteem of caregiver of stroke patient evaluation for stress score, scores of expectation of caregivers and self-esteem scores. The results demonstrated that caregivers of stroke patients had the decreased mean score of stress with statistical significance ($P < 0.01$) and the scores of expectation of caregivers and self-esteem scores increased with a statistical significance ($P < 0.01$) compared with the control group right after the therapy and one month after the therapy. The result show that media-based psychoeducation program can decreased score of stress for caregivers of stroke patients. This study would be helpful for media-based psychoeducation program to decrease stress of caregivers of stroke patients and to realize the importance of caregivers of stroke patients.

Department: Psychiatry

Student's Signature

Field of Study: Mental Health

Advisor's Signature

Academic Year: 2017

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของ อาจารย์ นายแพทย์ดารุจ อนิวรรณพงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้คำปรึกษา ให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปได้โดยดี ตลอดจนการให้ความเอาใจใส่ ให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือตลอดการทำวิทยานิพนธ์นี้ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์นายแพทย์พิชัย อัญญสกุล กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาอนุเคราะห์ และเสียสละในการเข้าร่วมการสอบวิทยานิพนธ์และให้คำแนะนำ ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขในการตรวจสอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผศ.นพ. ฤกษ์ศักดิ์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ อาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผศ.พญ. ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล อาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และพญ.อรอุมา ชูตินेत्र แพทย์ประจำศูนย์ความเป็นเลิศทางระบบโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คุณ สิรภพ ฤตินิยมวุฒิ ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสถิติที่ศึกษาที่ได้ให้ความอนุเคราะห์กับผู้วิจัยในการดูแลเครื่องมือวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่แผนกกายภาพบำบัด สถาบันประสาทวิทยา ที่คอยช่วยเหลือในการดำเนินการเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณคณาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ทุก ๆ ท่านที่ให้ความกรุณาแก่นิสิตมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมรุ่นนิสิตปริญญาโททุกคนที่คอยเป็นกำลังใจให้กัน ห่วงใยและให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีต่อผู้วิจัย ขอขอบพระคุณนางสาวภัทรสุดา คลังศรี รุ่นพี่ปริญญาโทและพี่ฟิงที่เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นและเกิดพลังที่จะทำวิทยานิพนธ์ คอยดูแลเอาใจใส่ ตลอดการทำวิจัยซึ่งส่วนหนึ่งของความสำเร็จในครั้งนี้ก็ด้วยความมีน้ำใจจากกัลยาณมิตรทุก ๆ ท่าน

ขอขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ และพี่ๆ ในครอบครัวทุกท่าน ที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งการเรียนปริญญาโทและการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี อีกทั้งยังให้กำลังใจ ห่วงใย และคอยดูแลผู้วิจัยอย่างดีเสมอมา

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุก ๆ ท่าน ให้มีสุขภาพกาย และสุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	1
สารบัญรูป.....	1
บทที่ 1.....	1
บทนำ.....	1
1. ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย.....	1
2. คำถามการวิจัย.....	3
3. วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
4. สมมติฐานการวิจัย.....	3
5. ข้อตกลงเบื้องต้น.....	3
6. คำสำคัญ.....	3
7. การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ.....	3
บทที่ 2.....	6
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
1. โรคหลอดเลือดสมอง.....	7
2. แนวความคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	17
3. แนวความคิดเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแล.....	24
4. สุขภาพจิตศึกษา.....	33
5. แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura.....	34

6. แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman	41
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	46
บทที่ 3	54
ระเบียบวิธีวิจัย (research methodology).....	54
1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
2. ขนาดตัวอย่าง	55
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	56
4. การรวบรวมข้อมูล	63
5. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
6. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม	67
7. สถานที่ทำวิจัย	67
8. การบริหารงานและตารางปฏิบัติงาน.....	68
บทที่ 4	69
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	69
บทที่ 5	83
อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	83
ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย	86
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	86
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป.....	86
รายการอ้างอิง.....	87
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	128

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	แสดงการบริหารงานและการปฏิบัติงาน	68
ตารางที่ 2	ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	71
ตารางที่ 3	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนก่อนการบำบัด (baseline) ความเครียด คะแนนความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแล และคะแนนความภาคภูมิใจในตนเอง	75
ตารางที่ 4	แสดงผลการวิเคราะห์คะแนนแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษารูปแบบสื่อมีเดียสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	81



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญรูป

รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
รูปที่ 2 แสดงขั้นตอนในการเก็บตัวอย่างงานวิจัย.....	56
รูปที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด (CSI) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนการบำบัด หลังจบการบำบัด และหลังจบการบำบัด 1 เดือน	76
รูปที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างเฉลี่ย (mean difference) ของคะแนนความเครียดของผู้ดูแล	77
รูปที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนการบำบัด หลังจบการบำบัด และหลังจบการบำบัด 1 เดือน ..	78
รูปที่ 6 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างเฉลี่ย (mean difference) ของคะแนนความคาดหวังของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย	79
รูปที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความภาคภูมิใจในตนเอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนการบำบัดหลังจบการบำบัด และหลังการบำบัด 1 เดือน.....	80
รูปที่ 8 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างเฉลี่ย (mean difference) ของคะแนนความภาคภูมิใจในตนเอง	81

บทที่ 1

บทนำ

1. ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (background and rational)

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นโรคที่ปัจจุบันพบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติอัตราการเสียชีวิตของประชากรไทย ปี 2558 ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคหลอดเลือดในสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็งทุกชนิด และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสถิติข้อมูลงานเวชระเบียนของสถาบันประสาทวิทยาที่พบว่า ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาเป็นจำนวน 26,749 ราย ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับสถิติปี พ.ศ. 2555 ที่มีผู้ป่วยจำนวน 24,436 ราย

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย ก่อให้เกิดการสูญเสียการทำงานของระบบประสาทบางส่วนหรือสมองทั้งหมด ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ สูญเสียการสั่งงานหรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย การรับรู้ความรู้สึก สมรรถภาพทางสมอง สมรรถภาพทางภาษา การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถ (disability) และพิการ (handicap) ตามมาได้^[1] จึงมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆ ได้เอง นอกจากปัญหาความบกพร่องทางร่างกายแล้ว ในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจ อาจมีอาการทางจิตและโรคทางประสาทจิตเวชศาสตร์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การเข้าสังคม เป็นอุปสรรคสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^[2] ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งลักษณะการดูแลช่วยเหลือประกอบด้วย การดูแลเรื่องของการทำกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา เช่น การทำกายภาพบำบัด การฟื้นฟูทางกายภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่างๆ รวมทั้งการประคับประคองด้านจิตใจ เป็นประจำทุกวันอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งในด้านร่างกาย สังคม อารมณ์และจิตใจ^[3]

จากการศึกษาปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบว่าผู้ดูแลมีความเครียดระดับสูงร้อยละ 58^[4] เป็นความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามที่คาดหวัง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย บทบาทหน้าที่ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 41 ใช้เวลาในการดูแลและอยู่กับผู้ป่วยวันละ 20-24 ชั่วโมง^[5]

การดูแลผู้ป่วยต้องใช้พลังและทุ่มเทเวลาให้อย่างสม่ำเสมอ โดยการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องประกอบไปด้วยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของตัวโรค พยาธิสภาพ ต้องใช้ทักษะและความชำนาญหลายด้าน เช่น การทำแผล การพลิกตะแคงตัว การทำกายภาพบำบัด การดูแลแผล การประคบประครองจิตใจของผู้ป่วย การสื่อสารกับผู้ป่วย ตลอดจนการจัดการกับภาวะวิกฤต การเผชิญกับปัญหาต่างๆ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหน็ดเหนื่อย กระทบทั้งร่างกายและจิตใจ เกิดเป็นความเครียดตามมา นอกจากนี้ยังพบภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลคิดเป็นร้อยละ 27^[6] ความเครียดที่มีมากขึ้นนี้จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทมีความบกพร่อง ส่งผลกระทบไปถึงการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า^[7] ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและยังส่งผลกระทบต่อความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพสมรรถภาพอีกด้วย^{[8],[9]}

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาถึงวิธีการที่หลากหลายเพื่อที่จะช่วยลดความเครียดและเพิ่มทักษะความรู้ความเข้าใจให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น โปรแกรมการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ หรือการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำเกี่ยวกับการเพิ่มความรู้อะไรและการดูแลตัวเองทางสุขภาพของผู้ดูแล การจัดบริการโดยบุคลากรเฉพาะทาง การตอบปัญหาทางโทรศัพท์ การให้การสนับสนุนทางสังคม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มครอบครัวของผู้ดูแล และบริการปรึกษา โดยบริการการให้การปรึกษาเป็นวิธีที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง เพิ่มความสามารถในการดูแลและลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด^[10] ซึ่งการให้การปรึกษาก็เกี่ยวกับความเครียดแก่ผู้ดูแลต้องอาศัยจำนวนบุคลากรจำนวนมาก ข้อมูลจากยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 พบว่าปัจจุบันประเทศไทยกำลังประสบปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข และการกระจายที่ไม่เหมาะสม ในปัจจุบันมีการประยุกต์นำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการแพทย์ เช่น คอมพิวเตอร์, หุ่นยนต์ รวมถึงสื่อมัลติมีเดีย ซึ่งมีประโยชน์ต่อการวินิจฉัยโรค การรักษา การป้องกัน ไปจนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพทำให้ได้รับการรักษาตามมาตรฐานโดยไม่ต้องใช้บุคลากรจำนวนมาก

จากการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย มีการศึกษาหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การให้การสนับสนุนทางสังคม แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้ความเข้าใจหรือสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความเครียดโดยรูปแบบสื่อมัลติมีเดียผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เป็นเครื่องมือในการลดความเครียดด้วยการให้ความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลโดยตรงมาก่อน ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยนั้นถือเป็นหนึ่งในทีมการรักษาที่ทำงานร่วมกันกับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิด และใช้เวลากับคนไข้มากที่สุด เพื่อผู้ป่วยจะสามารถกลับมาใกล้เคียงกับความสามารถปกติและมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต สุขภาพทางกาย และสุขภาพทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยไปพร้อมๆ กัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจ

ที่จะศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความเครียดโดยรูปแบบสื่อมีเดียสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการผ่านสื่อวีดิทัศน์ เพื่อลดความเครียดและเพิ่มความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเครียด รวมถึงเป็นแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสมต่อไป

2. คำถามการวิจัย (research question)

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์การวิจัย (research objectives)

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านความเครียดโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

4. สมมติฐานการวิจัย (hypothesis)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียมีความเครียดลดลง และแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

5. ข้อตกลงเบื้องต้น (assumption)

ในการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในและรับการรักษาทางกายภาพบำบัด ที่สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร เท่านั้น

6. คำสำคัญ (key words)

ความเครียด (stress)

ผู้ดูแล (caregiver)

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดีย (media-based psychoeducation program)

7. การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (operational definition)

ความเครียด (stress) หมายถึง อารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ อาจเกิดจากผู้ดูแลรู้สึกผิดต่อตนเองที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตามที่คาดหวัง ความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องยาก ความรู้สึกผิดหวังในความไม่ก้าวหน้าของผลในการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ความรู้สึกอ่อนล้าจากการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้พลังและทุ่มเทเวลาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน^[11] ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วอาจส่งผลทำให้ผู้ดูแลเสียสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ เกิดปฏิกิริยาตอบสนองหลายอย่าง ได้แก่การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ทางร่างกาย

ทางความรู้สึก พฤติกรรม^[12] ในการศึกษาครั้งนี้ ความเครียดประเมินได้จากแบบประเมินแบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress interview) โดยศรีรัตน์ คุ่มสินและคณะ^[13] ได้ดัดแปลงและพัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์ภาระของผู้ดูแล (burden interview) ของซาริทและคณะ^[14] ซึ่งได้คะแนนตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป

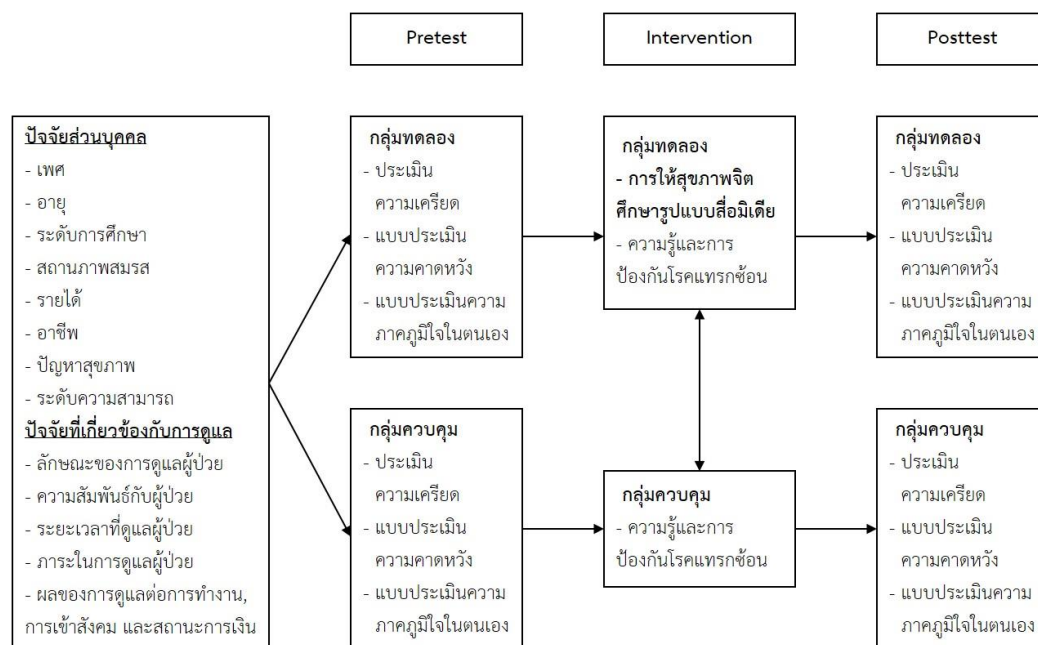
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke patients) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 3 เดือนนับจากวันที่ประเมิณวันแรก เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของสถาบันประสาทวิทยา และได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดที่แผนกกายภาพบำบัด โดยประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (the Barthel index of activities of daily living) ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2545) ที่มีระดับความทุพพลภาพเล็กน้อย (mildly disabled) ถึงระดับความทุพพลภาพรุนแรงมาก (very severity disabled)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (caregivers of stroke patients) หมายถึง ผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยด้านต่างๆและต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และวันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไป ซึ่งผู้ดูแลหลักใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตประจำวันในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกคนอื่นๆ เป็นบุคคลที่มีความผูกพันทางสายเลือด กฎหมาย สังคม รับผิดชอบต่อความต้องการของผู้ป่วย มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลได้โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือสิ่งตอบแทน ซึ่งผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่เผชิญกับความเครียดตามระดับโรคหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่ต่างกันไป^[15] ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมิเดีย (media-based psychoeducation program) หมายถึง หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้ ความเข้าใจในการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึก การเผชิญความเครียด โดยผู้วิจัยได้จัดทำออกมาในรูปแบบของสื่อมิเดียประเภทวีดีทัศน์ ตามแนวทางทฤษฎีปัญญาทางสังคมของ Bandura (1989)^[16] และแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984)^[17] เพื่อลดความเครียดและรู้ถึงวิธีการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมรายบุคคล โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง รวมเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์

8.กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research study) ในรูปแบบสุ่ม (randomized controlled trials) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบมีเดียดต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการให้การบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. โรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.1. คำจำกัดความ
 - 1.2. ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3. อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. แนวความคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.1. ความหมายของผู้ดูแล
 - 2.2. ผลกระทบของการดูแล
 - 2.3. ปัญหาในการดูแล
 - 2.4. กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแล
3. แนวความคิดเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแล
 - 3.1. ความหมายของความเครียด
 - 3.2. แนวคิดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย
 - 3.3. ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล
 - 3.4. การจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล
4. แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา
5. แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1989)
 - 5.1. หลักการเรียนรู้และแนวคิด
 - 5.2. แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม
 - 5.3. การเรียนรู้โดยการสังเกต

- 5.4. ประเภทของตัวแบบ
6. แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984)
 - 6.1. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด
 - 6.2. กระบวนการจัดการกับความเครียด
 - 6.3. รูปแบบการจัดการกับความเครียด
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 7.1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 7.2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษา
 - 7.3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สื่อมีเดียสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย
 - 7.4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบสอบถามที่นำมาใช้ในการวิจัย

1. โรคหลอดเลือดสมอง (stroke, cerebrovascular disease)

1.1. คำจำกัดความ

องค์การอนามัยโลก: WHO^[18] ได้ให้นิยามของ stroke ดังนี้ “Rapidly developed clinical sign of focal (or global) disturbance of cerebral function; last more than 24 hours or leading to death, with no apparent cause of than a vascular origin.” ภาวะความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมง เป็นเหตุให้เสียชีวิต จะเห็นได้ว่าคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกไม่ได้ครอบคลุมภาวะ transient ischemic attack (TIA) ซึ่งอาการและอาการแสดงเกิดขึ้นและหายไปภายใน 24 ชั่วโมง National Institute of Neurological Disorders and Stroke^[19] ได้ให้คำจำกัดความของ stroke ดังนี้ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออก ไม่ว่าจะ มีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือถาวรก็ได้

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามลักษณะของพยาธิสรีรวิทยา

- 1.1.1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะขาดเลือด (ischemic stroke) พบร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด โดยแบ่งออกเป็นโรคที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis) การอุดตันของหลอดเลือดขนาดเล็กในสมอง ลิ่มเลือดจากหลอดเลือดอื่นหลุดออกมาอุดตันหลอดเลือดสมอง (embolism) ส่วนมากมักเป็นลิ่มเลือดจากผนังหัวใจหรือลิ้นหัวใจ แบนหอบอดเป็ดอักเสบ (vasculitis) การเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด

เลือดทั้งขนาดใหญ่และขนาดเล็ก มักสัมพันธ์กับภาวะผนังหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) และการมีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน นอกจากนี้เป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้ผนังหลอดเลือดขนาดใหญ่แข็งตัวแล้ว ยังพบว่าสัมพันธ์กับการเกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงกลุ่ม perforating ซึ่งเมื่อมีการอุดตันแล้วจะทำให้เนื้อสมองตายเป็นบริเวณเล็กๆ เรียกว่า lacuna infarction โดยทั่วไปลิ้มเลือดที่เกิดขึ้นจะค่อยๆ ก่อตัวตามผนังหลอดเลือดที่มี atherosclerotic plaque ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มักไม่ค่อยมีอาการปวดศีรษะหรืออาเจียน ทั้งนี้อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ถูกอุดตัน ระยะเวลาที่ขาดเลือด อัตราการขาดเลือด เมื่อมีหลอดเลือดถูกอุดตันอย่างทันทีทันใดเซลล์สมองจะค่อยๆ ตายลงใน 6-8 ชั่วโมง

1.1.2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (hemorrhagic stroke) พบร้อยละ 20 ของผู้ป่วย โดยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด แบ่งเป็น

1.1.2.1. ภาวะเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) สาเหตุสำคัญได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพบร่วมกับผนังหลอดเลือดขนาดเล็กอ่อนแอ ลงเนื่องจากการแตกออกเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตสูงขึ้นจากเดิมอย่างกระทันหัน มีก้อนเลือดเข้าแทนที่เนื้อสมองทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นๆ ถูกกดเบียดและตายลง เนื้อสมองบริเวณรอบๆ บวม อาจกดเบียดเนื้อสมองข้างเคียงที่สำคัญ ได้แก่ กดเบียดช่อง ventricle ทำให้น้ำไขสันหลังระบายได้ไม่สะดวก ทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นจนกดเบียดก้านสมอง เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สติและสัญญาณชีพ ถ้าการกดเบียดไม่มากนักและผู้ป่วยไม่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ก้อนเลือดจะค่อยๆ ละลายไปในเวลา 2-6 เดือน ตำแหน่งที่เลือดออกบ่อย ได้แก่ basal ganglia, thalamus, cerebral hemisphere, cerebellum และ pons

1.1.2.2. ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น subarchnoid (subarchnoid hemorrhage, SAH) เกิดจากการแตกของหลอดเลือดตรงตำแหน่งที่มีการโป่งพองของเลือด (aneurysm) ทำให้ผู้ป่วยปวดศีรษะรุนแรง อาเจียน และมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สติ

1.2. ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

1.2.1. ความดันโลหิตสูง (hypertension) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการก่อให้เกิดโรคทั้งกรณี hemorrhagic และ ischemic stroke ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิตที่สูงเพิ่มขึ้น จากการศึกษาและเฝ้าติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นเวลา 4 ปี พบว่า ความดัน systolic ลดลงโดยเฉลี่ย 10 mmHg ทำให้ความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงลดลง (absolute risk reduction) ร้อยละ 34 และความดัน diastolic ลดลงโดยเฉลี่ย 5 mmHg ทำให้ความเสี่ยงลดลงร้อยละ 28^[19] ดังนั้นพบว่าการควบคุมระดับความดันโลหิตนอกจากจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ยังช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำได้อีกด้วย และพบว่ายังลดความดันเลือดได้มากยิ่งขึ้นช่วยป้องกันโรคได้ดีขึ้น

1.2.2. โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคหัวใจชนิด rheumatic heart disease และ non-rheumatic heart disease เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, hypertensive heart disease, prolapsed mitral valve, cardiomyopathy ฯลฯ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิด cerebral embolism นอกจากนั้น ภาวะหัวใจขาดเลือด arterial fibrillation (AF) ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มภาวะหัวใจเต้นผิดปกติซึ่งไม่มีโรคอื่นหัวใจร่วมด้วย มีความเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติที่มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงอื่นที่มีร่วมด้วย เช่น อายุมาก ความดันโลหิตสูง

1.2.3. โรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิด arteriosclerosis ของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ดังนั้นจึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการอุดตันของหลอดเลือด ดังนั้น การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานจึงแนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติที่สุดและต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆอย่างเคร่งครัด

1.2.4. ภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้ที่มีระดับ cholesterol, triglycerides และ low-density lipoprotein (LDL) สูง มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะ arteriosclerosis ของหลอดเลือดแดง ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน

1.2.5. การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิด hemorrhagic และ ischemic stroke เนื่องจากการสูบบุหรี่มีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด เพิ่มระดับไขมัน (cholesterol) ลดระดับของ high-density monoxide (HDL) และเพิ่มการหลั่งของ catecholamine นอกจากนี้ปริมาณ carbon monoxide ที่เพิ่มขึ้นในเลือดมีผลต่อการทำลาย endothelial cell ทำให้หลอดเลือดสมองตีบได้ง่าย^[18]

นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยงอื่นๆที่เป็นปัจจัยรองและบางกรณีไม่สามารถปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขได้ เช่น อายุมาก เพศชายมีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง ชาติพันธุ์ พบว่าคนผิวดำมีโอกาสเกิดโรคสูงกว่าคนผิวขาว พันธุกรรม เป็นต้น

1.3. อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดกับผู้ป่วย ไม่ว่าจะเกิดจากปัจจัยใดเมื่อเกิดกับผู้ป่วยแล้ว ทำให้มีการสูญเสียการทำงานที่หรือมีการบกพร่องในการทำงานของระบบประสาท อาการของผู้ป่วยจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตำแหน่งของพยาธิสภาพของสมองส่วนนั้นๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายๆ ด้าน ดังนี้

1.3.1. ด้านร่างกาย

1.3.1.1. ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพส่วนเมดัลลาและสมองส่วนกลางเปลือกสมอง หรือสมองน้อย ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนปลาย ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพในสมอง โดยระยะแยกกล้ามเนื้อจะอ่อนปวกเปียก รู้สึกแขนขาหนักยกไม่ขึ้น การเคลื่อนไหวลำบากหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ หลังจากพ้นระยะนี้จะเกิดอาการเกร็ง มีอาการงอของข้อมือ ข้อศอก นิ้วมือกำแน่น ข้อสะโพกกางออก ถ้าอาการเกร็งเป็นอยู่นาน ทำให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดข้อต่างๆสูญเสียหน้าที่ ส่งผลให้การงอข้อลำบากเกิดข้อติด และอาจพบอาการเคลื่อนไหวร่างกายแบบขาดความมั่นคง^[20]

1.3.1.2. ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการสื่อความหมาย พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกเด่น แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1.3.1.2.1. ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อภาษา (receptive or sensory aphasia) เกิดจากการทำลายบริเวณเวอร์นิค (Wernicke's area) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน (global

aphasia) หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้แม้มองเห็น (visual aphasia)

เนื่องจากไม่เข้าใจภาษาเขียน

- 1.3.1.2.2. ไม่สามารถสื่อความหมายได้ (motor or expressive aphasia) เนื่องจากมีการทำลายบริเวณโบรคา (Broca's area) ผู้ป่วยสามารถเข้าใจภาษาพูด เขียน สัญลักษณ์ต่างๆ รู้ว่าจะตอบสนองอย่างไรแต่พูดไม่ได้ บางครั้งออกเสียงไม่เป็นภาษาหรือเขียนไม่เป็นประโยค
- 1.3.1.3. ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ซึ่งควบคุมการเคี้ยว เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าขณะเคี้ยวอาหาร และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9 10 และ 12 ควบคุมการกลืนและการเคลื่อนไหวของลิ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแม้ริมฝีปากได้สนิท การเคี้ยวอาหารบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถวัดอาหารในทิศทางต่างๆได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรงไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ นอกจากนี้ความสามารถในการจัดเตรียมหรือตักป้อนอาหารเองลดลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ล้วนแต่มีผลทำให้ความอยากอาหารลดลง
- 1.3.1.4. ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนพาริเอทัล (parietal lobe) โดยเฉพาะซีกที่ไม่เด่น ความผิดปกติ ได้แก่
 - 1.3.1.4.1. การสูญเสียความรู้สึกสัมผัส ความเจ็บปวด แรงกด อุนหนุมิ ซึ่งอาจเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวหรือหลายอย่างรวมกัน ผู้ป่วยอาจบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสไม่ได้หรือบอกไม่ถูก บอกตำแหน่งของจุดสัมผัสหลายจุดพร้อมกันไม่ได้ ละเลยการเคลื่อนไหวที่เป็นอัมพาต
 - 1.3.1.4.2. ความบกพร่องในการรับรู้ตนเองและความเจ็บป่วย ขาดการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของตนเอง และขาดความเอาใจใส่ต่ออวัยวะที่มีความพิการ หรือความเจ็บป่วยของร่างกายที่เกิดขึ้นคือ ปฏิเสธความเจ็บป่วยและละเลยร่างกายซีกที่มีความพิการ ส่งผลให้อวัยวะไม่ได้ใช้งานมีความบกพร่องในการปรับท่าทาง การกระเษยการเคลื่อนไหว หรือไม่สามารถทำ

กิจกรรมต่างๆ การรับรู้ต่อเวลาบุคคลและสถานที่ผิดไป ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

- 1.3.1.5. การมองเห็นผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดคือ ตาบอดครึ่งซีกข้างเดียวกันทั้งสองข้าง ไม่สามารถมองเห็นซีกที่เป็นอัมพาต เกิดการละเลยไม่สนใจสิ่งแวดล้อมด้านที่เป็นอัมพาต จึงเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายจากความผิดปกติของลานสายตาและระยะการมองเห็น
- 1.3.1.6. ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาและการรับรู้ที่พบบ่อยคือ การสูญเสียความทรงจำอาจเป็นความทรงจำที่เพิ่งผ่านไป หรือเป็นการสูญเสียความทรงจำที่ผ่านมา หรือเป็นการสูญเสียความทรงจำในอดีตที่เกี่ยวกับตนเองในเหตุการณ์ที่ผ่านมา
- 1.3.1.7. ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ บางรายมีปัสสาวะค้างหรือไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้ ส่วนความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการท้องผูกจากการรับประทานอาหารและน้ำไม่เพียงพอ การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง
- 1.3.1.8. ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศไม่แข็งตัว หรือแข็งตัวช้าในเพศชาย และไม่ถึงจุดสุดยอดในเพศหญิง

1.3.2.ด้านจิตใจ

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับภาวะไม่พึงพาและความผาสุกของบุคคล^[21] ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายมักมีผลกระทบด้านจิตใจร่วมด้วยเกิดจากการสูญเสียความสามารถในการควบคุมร่างกาย ความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน^[22] ยอมรับสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์และการแสดงบทบาทในชีวิต การแสดงพฤติกรรมทางจิตส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง หรือการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ดี^[23] อาการแสดงด้านจิตใจที่พบบ่อย^[21, 24] ได้แก่

การสูญเสีย มี 2 ลักษณะคือ การสูญเสียที่เห็นได้ชัดเจนจากการเจ็บป่วยทางกาย เช่น การเสียหายที่ของอวัยวะของร่างกายที่เป็นผลจากโรค^[25] และสูญเสียที่เห็นได้ไม่ชัดเจนเป็นเรื่องของความรู้สึก เสียความภูมิใจในตนเอง เสียความรู้สึกมั่นคง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทาง

ร่างกายและจิตใจ สูญเสียเป้าหมายในชีวิตที่หวังไว้ อารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสียคือ ความเสียใจ ถ้าไม่สามารถปรับได้จะแสดงอารมณ์เศร้าออกมา

- 1.3.2.1. ความเครียด (stress) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคนี้ เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ จะเกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย รวมทั้งการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้
- 1.3.2.2. ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นพื้นฐานการตอบสนองต่อความเครียดที่ยาวนานที่กระทำออกมาเพื่อต่อสิ่งคุกคาม อาการของความวิตกกังวลเป็นอาการของความกลัว เกิดจากประสบการณ์การรับรู้แขนขาอ่อนแรงมากขึ้นและความรู้สึกไม่แน่นอน การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจมีผลให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกายคือ ใจสั่น แขนงหน้าอก เหนื่อย หายใจไม่ออก ปากแห้ง มือเท้าเย็น นอนไม่หลับ ถ่ายเหลว กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- 1.3.2.3. ความก้าวร้าว (aggressive) เป็นการกระทำในลักษณะของการทำร้าย หรือคำพูดที่รุนแรงต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำทางที่ไม่เป็นมิตร ทุบทำลายข้าวของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีอาการหงุดหงิดหมดหวัง โกรธง่าย และก้าวร้าว ความก้าวร้าวอาจแสดงออกมาในรูปแบบการวางอำนาจ หยิ่ง ตูถูกคนอื่น หรืออาจแสดงออกมาในรูปแบบของการพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา^[23]
- 1.3.2.4. ภาวะซึมเศร้า (depression) พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมองซีกซ้ายมากกว่าสมองซีกขวา โรบินสัน^[26] ได้ทบทวนงานวิจัยเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะหลังการฟื้นฟูสภาพ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยและปานกลางเฉลี่ยร้อยละ 34 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Carod-Artal, Egido, Ganzalez & Seijas ,2000^[27] พบว่าผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปี จำนวน 90 ราย อายุเฉลี่ย 68 ปี มีภาวะซึ่งเศร้าร้อยละ 38 โดยตัวแปรที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า คือ การสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีกิจกรรมทางสังคมลดลง ภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการกลับสู่สภาพเดิมของการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามีภาวะด้อยสมรรถภาพมากกว่า และมีการฟื้นตัวในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร้า

1.3.3. ด้านสังคม

สังคมมนุษย์มีการอยู่ร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน นอกจากนี้มนุษย์ยังต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ต้องการความรัก และการยอมรับจากสมาชิกอื่นในสังคม แต่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลของโรคทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมได้น้อยหรือไม่ได้เลย ประกอบกับผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคมจึงเกิดปัญหาตามมา ดังนี้

1.3.3.1. การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับญาติ ซึ่งส่วนมากจะเป็นไปในรูปของการห่างเหิน สาเหตุเกิดจากอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย เมื่อญาติพูดคุยหรือให้การดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกที่ไม่ถูกใจตนเองทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะพูดคุยหรือได้รับการดูแลจากญาติ สัมพันธภาพที่ผู้ป่วยแสดงออกต่อญาติจึงดูห่างเหิน

1.3.3.2. การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับสังคม ซึ่งแสดงออกมาในรูปการห่างเหินเช่นเดียวกัน อาจมีสาเหตุหลายประการ เช่น ผู้ป่วยรู้สึกอายที่ตนเองพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงทำให้ไม่อยากเข้าสังคม

1.3.3.3. การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว จากการเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการจะส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว เช่น จากที่เคยพึ่งพาตนเองได้หรือเป็นที่พึ่งของผู้อื่นก็ต้องพึ่งพาผู้อื่น หลังจากป่วยผู้ป่วยกลายเป็นบุคคลที่ครอบครัวจะต้องหาเลี้ยง และในบางครั้งครอบครัวยังต้องช่วยตัดสินใจปัญหาให้ผู้ป่วยอีกด้วย ยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าไม่สามารถรับผิดชอบครอบครัวได้เหมือนเดิม

1.3.3.4. การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม หากเดิมผู้ป่วยเป็นหัวหน้าวางแผนควบคุมตลอดจนสั่งงานลูกน้อง แต่หลังจากป่วยนอกจากจะไม่สามารถรับผิดชอบบทบาทเดิมได้แล้ว อาจต้องย้ายไปอยู่ในตำแหน่งที่ไม่มีความสำคัญอะไรเลย หรืออาจต้องออกจากงาน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตมากขึ้น

1.3.4. ด้านเศรษฐกิจ

ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ตาม จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการตรวจรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเพื่อควบคุมสาเหตุที่ทำให้

เกิดโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมา และต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยการทำการกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหาร ค่าเครื่องใช้บางอย่างที่จำเป็น ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวยังจำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเพื่อการรักษาหรือจัดสภาพบ้านและปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

1.4. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดังนั้นการดูแลและยอมรับผิดชอบต่างๆ จึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องจะก่อให้เกิดปัญหาได้ เช่น แผลกดทับ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยล้มเหลว ภาวะสุขภาพผู้ป่วยเลวลง ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังนี้

1.4.1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน เป็นการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นประจำในกิจวัตรชีวิตของมนุษย์ ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แปรงฟัน สระผม แต่งตัว การเคลื่อนไหว การขับถ่าย การป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ เป็นต้น แม้ว่าการดูแลกิจวัตรประจำวันอาจเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลคุ้นเคยหรือเคยทำเป็นประจำ แต่สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีข้อบกพร่องของการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ความต้องการการดูแลกิจวัตรประจำวันจะมีความซับซ้อนกว่าปกติ เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่าย เช่น ปัสสาวะกะปริดกะปรอย ต้องได้รับการฝึกฝนให้ขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นเวลา เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกต้อง เช่น การอุ้ม พุงยก หรือพลิกตัวผู้ป่วย เป็นต้น ทั้งนี้นอกจากจะเป็นการช่วยเหลือตามกิจวัตรประจำวัน ยังเป็นการป้องกันการหดรัดหรือตึงรั้งของกล้ามเนื้อ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดหรือเกิดแผลกดทับ จาก การลากดึงอวัยวะของผู้ป่วย และยังช่วยป้องกันอันตรายต่อร่างกายของผู้ดูแล อันเนื่องมาจากการช่วยการเคลื่อนไหวผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้องได้อีกด้วย

1.4.2. การดูแลกิจกรรมตามแผนการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย

1.4.2.1. การประเมินและการบันทึกภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การประเมินสุขภาพของผู้ป่วยเป็นการสังเกต ตรวจสอบอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยอย่างคร่าวๆและสม่ำเสมอ เพื่อทราบความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่อระบบต่างๆของร่างกาย เช่น ระบบประสาท สัญญาณชีพ ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย ระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ผิวหนัง จิตใจ และอารมณ์ สำหรับการบันทึกสุขภาพผู้ป่วยเป็นการจดบันทึกอาการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลสังเกตเห็นหรือตรวจพบอย่างสม่ำเสมอ การประเมินสุขภาพและการบันทึกภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดสติปัญญา เนื่องจากผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแล ควบคุมตนเอง (self-monitoring) หรือขาดความสามารถในการสังเกตตนเอง (self-observation) ไม่สนใจหรือละเลยต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องเรียนรู้การประเมินสุขภาพของผู้ป่วยในระบบต่างๆแบบคร่าวๆเป็นการผสมผสานการตรวจร่างกายภายนอก ร่วมกับการสังเกตอาการ อาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจในขณะที่ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ การจดบันทึกและเปรียบเทียบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลทราบความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยตลอดเวลา และช่วยให้สามารถตัดสินใจให้การดูแล หรือวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย

การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ หรือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหว การที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนนานๆ หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวอาจทำให้เกิดแผลกดทับ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความสามารถในการดูแลเกี่ยวกับ

- การจัดท่านอนให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เพื่อคงไว้ซึ่งรูปทรงของร่างกายและป้องกันความพิการ เช่น ปลายเท้าตก ข้อบิดผิดรูปหรือติดแข็ง เป็นต้น
- การพลิกตะแคงตัวหรือการปรับเปลี่ยนท่าผู้ป่วย ทุก 1-2 ชั่วโมง ทั้งท่านั่งและท่านอน
- การดูแลความสะอาดและการป้องกันความเปียกชื้น ทั้งร่างกายและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เสื้อผ้าที่นอน เป็นต้น ความเรียบตึงของที่นอนจะช่วยป้องกันการเกิดรอยกดทับบนผิวหนังได้

1.4.2.2. การสนับสนุนและการให้กำลังใจผู้ป่วย

การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความหวัง กำลังใจและเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพให้ดีขึ้นได้ การสร้างความหวังและกำลังใจ ผู้ดูแลจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว แม้ว่าผู้ป่วยจะทำได้ช้า ไม่เรียบร้อย ผู้ดูแลจะต้องให้การสนับสนุนปฏิบัติการนั้นๆ ให้กำลังใจ ไม่แสดงอาการรำคาญ ให้ความมั่นใจแม้การฝึกปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างของผู้ป่วยจะไม่มีผลก้าวหน้าขึ้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ ท้อแท้ อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลจะต้องระมัดระวังในการให้ความหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยท้อแท้และไม่สามารถเผชิญกับความจริงได้

1.4.3. การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องให้การยอมรับ เข้าใจความแปรปรวนทางอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเกิดจากพยาธิสภาพทางสมอง และข้อจำกัดหรือความผิดปกติทางร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสุข สูญเสียอิสรภาพในการพึ่งพาตนเอง การที่ผู้ดูแลยอมรับและเข้าใจ และมีความหนักแน่นในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว รวมทั้งการสังเกตและให้การดูแลเอาใจใส่ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกจะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยได้มากขึ้น ทราบสาเหตุความแปรปรวนทางอารมณ์ของผู้ป่วย และสามารถช่วยแก้ไขตามสาเหตุได้ จะเห็นได้ว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลดังกล่าว มีความยุ่งยากสลับซับซ้อน ญาติผู้ป่วยจะต้องทำหน้าที่อันเป็นสิ่งสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วย ในการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงสิ่งสำคัญ และความจำเป็นของการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งต้องมีทักษะในการลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย จึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

2. แนวความคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1. ความหมายของผู้ดูแล

ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วย หรือให้การดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่นโดยมีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาพ ความอยู่รอดและความปลอดภัยที่เรียกว่า ผู้ดูแล (caregiver) สำหรับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว โอเรม^[28] มองว่า ครอบครัวจะทำหน้าที่ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และสร้างระบบการดูแลเพื่อสนับสนุนภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว^[29] ดังนั้น เมื่อ

สมาชิกเกิดการเจ็บป่วยครอบครัวจะจัดการให้บุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือหลายคนเป็นผู้ดูแลในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อทดแทนส่วนที่สมาชิกไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง ช่วยให้สมาชิกได้รับการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของคำว่าผู้ดูแลที่บ้าน (family caregiver) หรือผู้ดูแลไม่เป็นทางการ (informal caregiver) สามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท ตามระดับของความรับผิดชอบในการช่วยเหลือและให้เวลาในการดูแล^[20] คือ

2.1.1. ผู้ดูแลหลักหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย แต่งตัว ให้อาหาร ช่วยในการขับถ่าย เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

2.1.2. ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแล (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแล มีหน้าที่ด้านอื่นๆซึ่งไม่ใช่การดูแลซึ่งกระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง อาจจะช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้กระทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ให้เวลาในการดูแลไม่มาก เช่น การดูแลผู้ป่วยแทนผู้ดูแลหลักเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น

ญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแล ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลส่งผลต่อภาวะจิตใจและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง^[30] จะเกิดความเครียดสูง มีความรู้สึกเป็นภาระหนักที่กระทบต่อภาวะสุขภาพและความผาสุก^[31] ผู้ดูแลจะใช้เวลาและกลวิธีในการเผชิญปัญหา การพัฒนาทางจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่เหมาะสม เมื่อระยะเวลาที่ให้การดูแลนานขึ้นจะทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและแสดงศักยภาพในการดูแลออกมาได้ ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกทางบวกจากการดูแลผู้ป่วย โดยมีความรู้สึกเป็นสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยในอนาคต รู้สึกว่าการดูแลทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองกับผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมากขึ้น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสามารถ เป็นที่ต้องการและได้รับความชื่นชมจากบุคคลรอบด้าน การที่ผู้ดูแลสามารถเผชิญแก้ปัญหาในบทบาทผู้ดูแลได้ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในบทบาทส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี^[30] ดังนั้นจึงเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลผู้ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ค้นหาและพัฒนาความสามารถ โดยให้ผู้ดูแลมีความรู้และมีการเตรียมความพร้อมสามารถจัดการการดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง^[32] ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจากการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อนที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาล

2.2. ผลกระทบของการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดูแลทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านลบที่มีต่อด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความรู้สึกผิด ความโกรธ ความรู้สึกอับอาย โดดเดี่ยว และความรู้สึกเป็นภาระ เป็นต้น ทางด้านร่างกาย ปัญหาที่ผู้ดูแลประสบอยู่บ่อยๆ เช่น ปวดหลัง อ่อนเพลียไม่มีแรง ปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ดูแลมีปัญหาทางด้านการเงิน ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับครอบครัว เพื่อนหรือสังคม^[33] ซึ่งผลการวิจัยในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง^[34] ส่วนผลกระทบทางด้านบวกนั้น ผู้ดูแลจะมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น รู้สึกพึงพอใจในตนเอง มีคุณค่าในตนเอง ได้มีโอกาสตอบแทนบุญคุณ มีความภาคภูมิใจ ได้รับความชื่นชมและยอมรับจากบุคคลรอบข้างรวมทั้งการได้เผชิญปัญหาที่ท้าทายความสามารถของตนเอง^[35]

2.3. ปัญหาในการดูแล

ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการดูแล ซึ่งสรุปได้ดังนี้^[33]

- 2.3.1. ผู้ดูแลขาดความรู้ในเรื่องโรคและการดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และมีความต้องการความรู้เรื่องโรคและแนวทางในการดูแลและรักษาที่ถูกต้อง
- 2.3.2. ปัญหาทางด้านพฤติกรรม อากักรกระวนกระวายไม่อยู่นิ่ง (agitation) ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดที่เพิ่มมากขึ้นในขณะที่ให้การดูแล
- 2.3.3. ระดับการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (activities of daily living: ADL) ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลง และต้องการเวลาในการดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากยิ่งขึ้น
- 2.3.4. ระดับความเจ็บป่วย (level of illness) ระดับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย และภาวะเครียดในผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยมากขึ้น ยิ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือมากขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดมาก
- 2.3.5. ภาวะขาดแคลนผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น และขนาดของครอบครัวเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้เกิดภาวะการขาดแคลนผู้ดูแล
- 2.3.6. ปัญหาทางการเงิน ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลาที่นานๆในแต่ละวันและเป็นการป่วยแบบเรื้อรังแล้วจะทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาผู้ป่วยสูงตามไปด้วย

ซึ่งส่วนใหญ่ญาติต้องรับภาระนี้ด้วยตนเอง และญาติอาจต้องออกจากงานเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ขาดรายได้ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินได้

2.4. กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลทำหน้าที่หลายประการในการดูแล ดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันทั่วไป การอาบน้ำ การแต่งตัว การเดิน การรับประทานอาหาร ช่วยการฟื้นฟูสภาพในเรื่องการใช้ห้องน้ำ การประกอบอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย คอยให้การดูแลในเรื่องการรับประทานยา การพาไปพบแพทย์ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมถึงการดูแลในเรื่องความปลอดภัย^[36] กิจกรรมการดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆให้กับผู้ป่วย รวมถึงลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้^[37]

2.4.1. การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเริ่มตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าจนเข้านอน โดยที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมด ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแล ในการดูแลนั้นมีหลักสำคัญคือ ผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และคอยช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง อันจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น กิจวัตรประจำวันที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยสรุปได้ดังนี้

2.4.1.1. การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักรับประทานอาหารเองได้แต่ไม่สะดวก ในบางรายอาจรับประทานได้ช้ากว่าปกติ ผู้ดูแลต้องเตรียมอุปกรณ์ต่างๆให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้เหมาะสม เช่น ชามก้นลึก แก้วน้ำที่มีหลอดดูด รวมทั้งอาหารที่จัดให้ผู้ป่วยควรอยู่ในลักษณะที่ง่ายต่อการรับประทานเอง เช่น อาหารชิ้นไม่ใหญ่เกินไป อาหารไม่ควรมีก้างหรือกระดูก สำหรับในรายที่ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลเกี่ยวกับการให้อาหารและน้ำทางสายยางให้อาหารแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ

2.4.1.2. การอาบน้ำและการดูแลความสะอาดส่วนบุคคล ผู้ดูแลต้องจัดหาอุปกรณ์ต่างๆที่ช่วยให้ผู้ป่วยอาบน้ำและทำความสะอาดร่างกายด้วยตนเองได้สะดวกขึ้น เช่น เก้าอี้สำหรับนั่งอาบน้ำ ฟองน้ำหรือแปรงด้ามยาวสำหรับถูตัว สำหรับผู้ป่วยที่อาบน้ำไม่สะดวกจำเป็นจะต้องเช็ดตัว ผู้ดูแลควรช่วยเช็ดตัวเฉพาะส่วนที่ผู้ป่วยเช็ดไม่ถึงเท่านั้น เช่น บริเวณแผ่นหลัง และไม่ควรเช็ดตัวให้ผู้ป่วยกรณีที่ผู้ป่วย

สามารถทำได้เองแม้จะใช้เวลานาน นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องกระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการล้างหน้า

2.4.1.3. การแต่งกาย ผู้ดูแลจะต้องจัดหาเสื้อผ้าที่มีขนาดเหมาะสม สามารถใส่และถอดออกเองได้สะดวก

2.4.1.4. การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือในรายที่ไม่สามารถทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้เอง

2.4.1.5. การเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเอง โดยเฉพาะร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ โดยช่วยจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวผู้ป่วย นอกจากนี้ควรให้กำลังใจชมเชยความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยที่พัฒนาดีขึ้น

2.4.1.6. การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เรียบสงบ แสงสว่างและอุณหภูมิของห้องให้พอเหมาะ ไม่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย เพราะโดยธรรมชาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักนอนไม่ค่อยหลับอยู่แล้ว นอกจากนี้อาจใช้วิธีอื่นที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยด้วย เช่น การฟังเพลงที่ผู้ป่วยชอบเบาๆ การตีเครื่องตีม่อๆก่อนนอน การใช้สมาธิ หรือการใช้นานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์

2.4.2. การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป หากผู้ดูแลไม่สนใจผลของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตผู้ป่วยด้วย ซึ่งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุมีดังนี้

2.4.2.1. การป้องกันโรคผิวหนัง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยทำความสะอาดผิวหนัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณที่มีพยาธิสภาพที่เกิดการอักเสบและหมักหมมได้ง่าย เช่น ขาหนีบ รักแร้ ซอกนิ้วมือและนิ้วเท้า เพราะทำให้เกิดโรคผิวหนังและเกิดบาดแผลได้ง่าย โดยเฉพาะแผลกดทับ

2.4.2.2. การป้องกันโรคปอดอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยที่สุด^[18] โดยที่สาเหตุอาจเกิดจากการสำลักอาหารหรือการที่ร่างกายได้รับความอบอุ่นไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้ดูแลต้องจัดอาหารให้ง่ายต่อการเคี้ยวและกลืน จัดให้ผู้ป่วยนั่งรับประทานอาหาร และคอย

ดูแลให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารให้หมดก่อนจึงดื่มน้ำ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสำลัก และจัดเสื้อผ้าที่ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายอย่างเพียงพอให้กับผู้ป่วย

- 2.4.2.3. การป้องกันอาการปวดไหล่และข้อติดแข็ง มักเกิดกับร่างกายที่มีพยาธิสภาพ ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารข้อต่างๆด้วยตนเอง ได้แก่ ข้อมือ ข้อศอก แขน และขาอย่างสม่ำเสมอ ส่วนการป้องกันอาการปวดไหล่ให้ใช้ผ้าหรือวัสดุคล้องแขนข้างที่อ่อนแรงในขณะยืนหรือเดิน และหากผู้ป่วยมีอาการปวดไหล่มาก ควร ประคบ นวด หรือทายาแก้ปวดที่ไหล่
- 2.4.2.4. การป้องกันภาวะกระดูกโพร่งบาง ส่วนใหญ่เกิดกับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการ เคลื่อนไหว ถ้าทิ้งไว้นานอาจทำให้กระดูกหักได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยได้โดยกระตุ้น ให้ผู้ป่วยยืนและเดิน โดยใช้น้ำหนักตัวลงบนแขนและขาสองข้างเท่าๆกัน
- 2.4.2.5. การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเป็นสาเหตุจากการถ่าย ปัสสาวะไม่ออกหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือโดยทำความสะอาด บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และเช็ดให้แห้งอย่างสม่ำเสมอ ฝึกให้ผู้ป่วยขับ ปัสสาวะให้เป็นเวลา ในรายที่ปัสสาวะไม่ออก ผู้ดูแลควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพื่อทำการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว นอกจากนี้ในรายที่ไม่มีข้อห้ามควรกระตุ้น ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2,000-3,000 ลิตร
- 2.4.2.6. การป้องกันปลายมือ ปลายเท้าบวม จะพบบ่อยในกรณีที่มีการไหลเวียนโลหิต ไม่ดี ผู้ดูแลควรใช้หมอนหรือวัสดุที่อ่อนนุ่มรองรับบริเวณปลายมือหรือปลายเท้าของ ผู้ป่วยให้สูงขึ้น นอกจากนี้จะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ ไม่ควรให้ ผู้ป่วยนั่งหรือนอนท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานานๆ เพราะจะขัดขวางการไหลเวียน โลหิตกลับสู่หัวใจ
- 2.4.2.7. การป้องกันการเหี่ยวลีบของแขนขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายและเกร็ง กล้ามเนื้อแขนและขาทั้ง 2 ด้าน โดยเฉพาะด้านที่มีพยาธิสภาพต้องทำบ่อยๆ
- 2.4.2.8. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองโดยให้ผู้ป่วย รับประทานยาให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดอาหารให้เหมาะสมกับ โรค เช่น ควรรับประทานอาหารประเภทไขมัน รวมทั้งป้องกันโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือด

สมอง นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ปวดศีรษะมากโดยเฉพาะ บริเวณท้ายทอย มีอาการชาแขนขา สับสน ซึมลง ต้องรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

2.4.2.9. การป้องกันอุบัติเหตุ เนื่องจากการทรงตัวของผู้ป่วยไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนแรง การมองเห็นและกะระยะทางผิดปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ดังนั้น ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ เก็บสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น ของมีคม ให้พ้นมือผู้ป่วย รวมทั้งควรมีการจัดทำราวให้ผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อป้องกันการหกล้ม

2.4.3. การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการประคับประคองด้านจิตใจ เนื่องมาจากความพิการของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆเกิดขึ้นในชีวิต เช่น บทบาทหน้าที่ ฐานะ เศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ การดูแลด้านจิตใจนี้ ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริงให้มากที่สุด โดยให้การดูแลประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย

2.4.3.1. การป้องกันภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลจะต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าที่ไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง และให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆสำเร็จ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.4.3.2. การป้องกันอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงง่าย ผู้ดูแลควรควบคุมสิ่งแวดล้อมโดยการลดหรือจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ควรหาสาเหตุที่ทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงรวมทั้งหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจให้ผู้ป่วยเพื่อให้จิตใจสงบ

2.4.3.3. การป้องกันความเครียดที่เกิดกับผู้ป่วย ซึ่งมีสาเหตุมาจากทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ ความเจ็บป่วย จากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น แสง เสียง อุณหภูมิ และด้านจิตใจ เช่น การที่ต้องเผชิญหน้ากับบุคคลที่ตนไม่ชอบ ความคับข้องใจต่างๆ ดังนั้นผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการของผู้ป่วยและกำจัดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดนั้น

ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ความเครียดเป็นผลกระทบทางด้านลบที่น่าสนใจ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3. แนวความคิดเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแล

3.1. ความหมายของความเครียด

ความเครียดเป็นสิ่งสำคัญและเป็นภาวะที่เราไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป สำหรับความหมายของความเครียดนั้น ได้มีนักวิชาการหลายท่าน ได้ให้ความหมายมากมาย พอที่จะได้กล่าว ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ระบุว่า ความเครียด หมายถึง “จัด” เช่น ตึงเครียด อาการที่สมองไม่ผ่อนคลายเพราะคร่ำเคร่งอยู่กับงานจนเกินไป เช่น หน้าเครียด อารมณ์เครียด คนทั่วๆ ไปเข้าใจความหมายของความเครียดว่าเป็นภาวะที่ไม่พึงประสงค์ ภาวะที่ทำให้ขัดข้องใจ และรู้สึกยุ่งยากลำบากใจในการขจัดให้หมดไป ทำให้เกิดความวิตกกังวลและเกิดภาวะภายในร่างกาย ซึ่งเป็นภาวะที่ตรงข้ามกับความสงบและผ่อนคลาย และความเครียด หมายถึง ภาวะจิตใจของบุคคลที่รู้สึกวุ่นวาย กังวล ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ไร้สาระสับสนและไม่แน่ใจในทิศทางพฤติกรรมของตน อันเป็นผลมาจากที่บุคคลมีความไม่สอดคล้องระหว่างโครงสร้างแห่งตน ทำให้เกิดกระบวนการทางจิตที่จะดึงเอากลไกการป้องกันตนเองมาใช้ โดยมีลักษณะบิดเบือนการรับรู้ที่ไม่ยืดหยุ่น ผิดพลาด เกิดความวิตกกังวล ไม่ยอมรับพฤติกรรมบางส่วนของตน ซึ่งเป็นผลให้รู้สึกว่าถูกคุกคามมากยิ่งขึ้น ภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุล ซึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้ หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้าไปในประสบการณ์ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคามโดยเป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก 10 อัน ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในสังคม ในการทำงาน ในธรรมชาติ และเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตกับปัจจัยภายในของบุคคล เช่น ทักษะคติ ลักษณะประจำตัว อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต ตลอดจนความต้องการของบุคคลนั้น^[38]

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

3.2. แนวคิดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยได้มีการศึกษาไว้อย่างหลากหลาย ขึ้นกับประสบการณ์และพื้นฐานของความคิดของผู้ศึกษาทำให้เกิดแนวคิดแตกต่างกันไป จากการที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและศึกษาค้นคว้าเอกสารทั้งจากต่างประเทศและในประเทศไทย ในงานวิจัยต่างๆ ที่มีผู้นำแนวคิดความเครียดในการดูแลในผู้ดูแลในครอบครัวมาใช้กับงานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยนั้นพบว่า งานวิจัยของต่างประเทศศึกษาความเครียดในการดูแลที่พบมากที่สุดเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย คือ ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลในผู้ป่วย โดยมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับแนวคิดความเครียดไว้ดังนี้

Pearlin et al., 1990^[39] ได้กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดจากการดูแล การได้รับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีปัจจัยหลัก ปัจจัยรอง และแนวคิดภายในจิตใจ การรับมือในการเผชิญความเครียด การได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนทางสังคม เหล่านี้เป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถในการรับมือและปรับตัวให้เข้ากับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ในกระบวนการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นกระบวนการของการเรียนรู้ การปรับตัวต่อความต้องการของบุคคลอื่น และการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตไปพร้อมๆ กัน รวมถึงการที่ต้องให้การดูแล ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวต้องเรียนรู้และปฏิบัติหน้าที่ของตนให้ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดแรงผลักดันภายในใจที่จะตอบสนองความต้องการให้ได้ บางครั้งอาจเกิดเป็นความขัดแย้งภายในใจได้ในขณะเดียวกัน ในการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่กับการเปลี่ยนแปลงนี้เอง ทำให้ชีวิตของผู้ดูแลต้องอยู่กับขั้นตอนสถานการณ์ต่างๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยแบ่งขั้นตอนของสถานการณ์ การดูแลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะ encounter stage เป็นระยะของการเผชิญ การรับรู้และเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย ต้องเรียนรู้ทักษะการดูแลใหม่ๆ และการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต ในขั้นตอนนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีประสบการณ์การสูญเสีย เป็นการที่เห็นบุคคลที่ตนรักสูญเสียสุขภาพที่แข็งแรงและทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเริ่มที่จะตระหนักในสิ่งที่จะดำเนินไปของโรค
2. ระยะ enduring stage เป็นระยะที่ต้องใช้ความอดทน เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวต้องทำงานหนักในการจัดการกับปัญหาและควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง อีกทั้งยังต้องวางแผนในการดูแลผู้ป่วย ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ดูแลเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสภาพจิตใจ และในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่มีระยะเวลายาวนาน ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นมากมายในระหว่างการดูแล ส่งผลกระทบให้เกิดความเครียดได้ทุกวัน ผู้ดูแลในผู้ป่วยจึงต้องการการช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคม

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ที่จะนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ตามมาได้

3. ระยะเวลา exit stage เป็นระยะที่สิ้นสุดการรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตหรือส่งเข้าสถานบริการให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ดูแลต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในขั้นตอน enduring stage เป็นขั้นตอนที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจะเกิดความเครียดในบทบาทที่ได้รับ เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเป็นโรคที่เรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลานานในการดูแลและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ทำให้ผู้ดูแลประสบกับปัญหาและได้รับผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเครียด ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งจากการศึกษาของนันทพร ศรีน้อม, 2545^[40] ศึกษาประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลา 3 เดือน ถึง 1 ปี เป็นช่วงที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นสูงสุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุชีรา ตั้งตระกูล, 2538^[41] พบว่าปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่จะเกิดกับผู้ดูแลในครอบครัว ในช่วง 3-6 เดือนแรกของระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นช่วงที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียดจากการดูแลสูง และดุสิต จันทยานนท์และคณะ, 2554^[42] พบว่าความเครียดเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 12 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับมาอยู่ที่บ้าน ซึ่งหากผู้ดูแลในครอบครัวสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาได้ไปในทางที่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย แต่ถ้าหากผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถจัดการหรือควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกเหมือนถูกคุกคาม และอาจปรับตัวด้วยการถอยหนี ท้อแท้ ซึมเศร้า ไม่พอใจ ฯลฯ อันส่งผลต่อคุณภาพการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโดยตรงได้^[30]

3.3. ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวโดยเฉพาะถ้าการเจ็บป่วยนั้นเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ถือว่าเป็นภารกิจที่หนักของญาติผู้ดูแล เนื่องจากต้องใช้เวลาและพลังงานอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด เหนื่อยล้า วิตกกังวล ความอดทนน้อยลง มีอารมณ์รุนแรงมากขึ้น ขัดแย้งกับผู้อื่นได้ง่าย ซึ่งสาเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้น พอสรุปได้ดังนี้^[43]

- 3.3.1. ความไม่แน่ใจกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย การให้การดูแลผู้อื่นนั้น ญาติผู้ดูแลควรมีความเต็มใจ และเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่ตนควรกระทำ ญาติผู้ดูแลมักไม่แน่ใจหรือไม่มีความรู้สึกซึ่งจะบอกได้ว่าควรหรือไม่ควรทำอะไรให้ผู้ป่วย สิ่งไหนทำไปแล้วจะก่อให้เกิดผลเสียหรืออันตรายแก่ผู้ป่วยได้ ความรู้สึกไม่แน่ใจนี้เป็นสาเหตุของความเครียดของญาติ

ผู้ดูแล ทำให้มีความคับข้องใจไม่รู้ว่าตนควรปฏิบัติอย่างไรดี จะให้การดูแลทุกอย่างหรือ กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำเองดี หากญาติผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลต่างๆเหล่านี้อย่างถูกต้องและเพียงพอแล้ว จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นสิ่งยากลำบากในการปฏิบัติ

3.3.2. การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันของครอบครัว การรับผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมาดูแลในบ้านนั้น จำเป็นต้องมีการปรับกิจวัตรประจำวันบางอย่างของครอบครัวให้เหมาะสม ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการแบ่งเวลา จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ซึ่งมีผลทำให้สมาชิกคนอื่นๆ ได้รับความสนใจน้อยลง อาจต้องปรับรูปแบบการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร การแบ่งห้องพักให้ผู้ดูแลเฉพาะ จำกัดการส่งเสียงดังที่รบกวนผู้ป่วยในครอบครัว เป็นต้น

3.3.3. ปริมาณงานที่มากเกินไป เกิดจากความต้องการที่ขัดแย้งกันระหว่างสมาชิก บางครั้งความต้องการของสมาชิกแต่ละคนไม่สอดคล้องกัน ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ กล่าวคือ ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ดูแลทั้งบุตร สามี และบิดามารดาที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีภารกิจมาตลอดทั้งวัน ต้องพยายามสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคน จนทำให้เกิดความเครียดได้

3.3.4. สภาพอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด มี 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจอารมณ์ ดังนี้

3.3.4.1. พฤติกรรมด้านร่างกาย ได้แก่ ปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ การกลืนอาหารลำบาก การพูดลำบาก สำลัก อาการปวด ชัก ความรู้สึกอ่อนแรง ท้องผูก ท้องร่วง และความต้องการทางเพศสูง

3.3.4.2. พฤติกรรมด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว พฤติกรรมแบบเด็กๆ และสับสน ร้องขอความช่วยเหลือตลอดเวลา

3.3.5. สุขภาพของผู้ดูแล ผู้ที่ดูแลผู้อื่นได้ดีควรเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี แต่พบว่าในบางกรณีผู้ดูแลเองก็สุขภาพไม่ดี แต่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลเองก็เป็นสาเหตุหนึ่งของความเครียด

3.3.6. ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่ว่าจัดเป็นความเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ตาม จะทำให้ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา เกิดภาวะเครียดได้ ถ้าครอบครัวนั้นไม่มีเงินออมเพื่อใช้ในเวลาเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อรายจ่ายในครอบครัว

3.3.7. ความเครียดภายในจิตใจ (secondary intrapsychic strains) เป็นความรู้สึกที่เกิดจากภายในจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวเอง เจตคติ การเห็นคุณค่าในตนเอง ศักยภาพ ความชำนาญหรือการเรียนรู้ในการดูแล การสูญเสียความเป็นตัวเอง การถูกจำกัดจากบทบาทที่ได้รับและสถานการณ์ต่างๆ ที่เพิ่มเข้ามาระหว่างดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียดในการดูแล ในขณะที่ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแลใน ครอบครัว และความเครียดในบทบาทที่ได้รับเพิ่มขึ้นจะเกิดการรับรู้ในตนเองถึงผลกระทบเชิงลบ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นจากเดิม ความเครียดภายในจิตใจที่เป็นผลมาจากความเครียดหลัก ดังนี้

3.3.7.1. การจำยอมในการดำรงบทบาท (role captivity) เกิดจากการไม่เต็มใจในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลในครอบครัว เป็นความรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวเอง รู้สึกเหมือนถูกบังคับให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ^[39]

3.3.7.2. การสูญเสียความเป็นตัวเอง (loss of self) จากการที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องอยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุตลอดเวลา เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้สึกว่าตนเองสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง

3.3.7.3. ความสามารถในการเป็นผู้ดูแล (caregiving competence) เป็นความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัวในการให้การดูแลผู้สูงอายุ การมีความมั่นใจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ เชื่อว่าตนเองสามารถแก้ปัญหาหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดได้ จะช่วยลดความเครียดในการดูแลลงได้ แต่ถ้าหากผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถแก้ไขปัญหาหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดความรู้สึกผิดหวัง และท้อแท้กับปัญหาที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลมากขึ้นได้

3.3.7.4. ประโยชน์ส่วนตนจากการเป็นผู้ดูแล (personal gain) เป็นการจัดการโดยพัฒนาความคิดภายในจิตใจของตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้จากการที่ตนได้ดูแลผู้สูงอายุ เกิดการรับรู้ในจุดแข็งของตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดการเรียนรู้ที่แปลกใหม่ โดยการมองว่าสิ่งที่กำลังเผชิญนั้นเป็นความท้าทายซึ่งเป็นการรับรู้ในเชิงบวกต่อความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุ

3.4. การจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล

ในแต่ละบุคคลที่ได้รับผลกระทบที่ก่อให้เกิดความเครียดในการดูแล ผู้ดูแลในครอบครัวที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุแต่ละครอบครัวจะได้รับผลกระทบหรือปัญหาในรูปแบบที่แตกต่างกัน การเผชิญปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรคนกลางที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวรับมือและเผชิญกับผลกระทบที่ได้รับหรือปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดในการดูแล ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวแต่ละคนจะมีการเรียนรู้ที่จะตอบสนองในการเผชิญปัญหาหรือการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในวิธีที่แตกต่างกันไป ในขณะที่เดียวกันผู้ดูแลในครอบครัวบางคนที่ต้องเผชิญปัญหาเช่นเดียวกันกลับสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเช่นกัน^[39] ซึ่งตัวแปรคนกลาง คือ

3.4.1. การรับมือ (coping) เป็นแนวทางในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งในด้านความคิดและพฤติกรรม โดยรวมถึงแนวทางในการแก้ปัญหาต่างๆ และการจัดการกับสภาพอารมณ์ความรู้สึกของตนเองที่เป็นผลมาจากปัญหานั้น หรือความพยายามในการแก้ไขความเครียดในการดูแลที่เกิดขึ้น การเผชิญปัญหาด้วยการจัดการสถานการณ์ที่สร้างความเครียดในการดูแล การประเมินและการจัดการกับอาการของความเครียดในการดูแล รวมถึงการได้รับการช่วยเหลือหรือการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะเครียดได้ โดยเฉพาะในความเครียดตรง^[39] และจากการงานวิจัยของวิลโลว์ สุธาสคร , 2549^[44] พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวใช้การเผชิญความเครียดทั้งวิธีการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการทางอารมณ์

3.4.1.1. การจัดการสถานการณ์ (management of situation) เป็นการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้น อาจเป็นการจัดการกระทำที่ตัวผู้สูงอายุเองหรือการจัดการกระทำที่ตัวผู้ดูแลในครอบครัวเอง โดยการพยายามเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เช่น การขอรับคำปรึกษาจากแพทย์หรือพยาบาล การค้นคว้าข้อมูลจากคู่มือการดูแล อินเทอร์เน็ต สื่อต่างๆ เป็นต้น ซึ่งการเผชิญความเครียดของครอบครัว ใช้การแสวงหาข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขโดยใช้กลไกทางจิตด้วยการปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง การกล่าวโทษตัวเอง การมองโลกในแง่ดี การควบคุมสถานการณ์ด้วยการเผชิญ ปัญหาตามความเป็นจริง ซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดทั้งในด้านการปรับตัวที่มุ่งแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

3.4.1.2. การจัดการความรู้สึกภายในตน (management of meaning) เป็นการลดความคาดหวัง การเปรียบเทียบในเชิงบวก และการค้นหาความรู้สึก จากงานวิจัย

ของจอม สุวรรณโณ, 2540^[20] พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้สึกทางบวกจากการดูแลจะทำให้เกิดความผ่อนคลายเกิดความผาสุกจากการที่ได้ให้การดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดี และการมีประสบการณ์ทางบวกหรือความรู้สึกที่ดีเป็นรางวัลทางจิตใจที่เกิดขึ้นจากการดูแลจะช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและทำให้มีแรงจูงใจในการดูแล

3.4.1.3. การจัดการความเครียด (management of distress) เป็นการจัดการเพื่อผ่อนคลายความรู้สึกทุกข์ตึงเครียด เช่น ออกกำลังกาย ดูทีวี อ่านหนังสือ เป็นต้น

3.4.2. การสนับสนุนทางสังคม (social support) การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยป้องกันหรือยับยั้งการพัฒนาของความเครียด และแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดผลลัพธ์ทางด้านลบที่เกิดจากผู้ดูแลในครอบครัวในการให้การดูแล และในการแสดงออกทางความรู้สึก (expressive support) จะเป็นการแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ ความมั่นใจไว้วางใจ และความเชื่อมั่นต่อผู้ดูแลในครอบครัว และคอยให้การช่วยเหลือต่างๆ แก่ผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งการได้รับการช่วยเหลือในด้านคำแนะนำ การเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากกลุ่มบุคคลหรือองค์กรในการจัดการกับความต้องการที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแล เป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะช่วยลดผลกระทบเชิงลบที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การดูแลและเพิ่มผลบวก เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น การดูแลด้วยความมั่นใจ และสามารถเลือกใช้บริการชุมชนได้เหมาะสม

ผลกระทบของความเครียดในการดูแลต่อผู้ดูแลผู้ป่วย

เป็นความรู้สึกไม่สบายใจของผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อความเครียดทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ และจะส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลและคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและตัวผู้ป่วยในด้านต่างๆ ตามมิติทางจิตสังคม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านกระบวนการคิด ด้านพฤติกรรม และด้านจิตวิญญาณ^[38]

1. ด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ท้องผูก ถ่ายปัสสาวะบ่อย การหายใจ ซ้ำพร ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหน้าอกตึง หายใจลำบาก
2. ด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์ทางลบต่างๆ เช่น วิตกกังวล อกุ๊กคาม สูญเสีย โศกเศร้า กลัว โกรธ หงุดหงิด เบื่อหน่าย ไม่วางใจ และความภาคภูมิใจในตนเองลดลง

3. ด้านกระบวนการคิด ได้แก่ การรับรู้ ความจำสมาธิเสียไป ตัดสินใจไม่ได้ ความคิดสับสน วุ่นเวียนในเรื่องเดิม
4. ด้านพฤติกรรม ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดน้อยลง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล บทบาททางสังคมซึ่งแสดงออกด้วยการทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น หรือในทางตรงข้าม เฉื่อยชาไม่สนใจ
5. ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อ แนวคิดเกี่ยวกับศาสนาที่ยึดถือ แสดงออกโดยหมดหวังในชีวิต ท้อแท้ อับอาย รู้สึกผิด

ระดับความเครียด

ความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลแม้มีสาเหตุเดียวกัน แต่อาจจะมี ความรุนแรงไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น นอกเหนือจากนี้ขึ้นอยู่กับความมากน้อยของสิ่งที่มากระตุ้น^[45] ความเครียดแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

1. ความเครียดที่พบในชีวิตประจำวัน (day to day stress) เป็นความเครียดที่มารบกวนต่อการดำเนินชีวิต บุคคลสามารถปรับตัวได้ด้วยความเคยชิน
2. ความเครียดระดับต่ำ (mild stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ที่พบได้ไม่บ่อยนัก ซึ่งช่วยกระตุ้นให้บุคคลตื่นตัวและมีปฏิกิริยาต่อต้าน แต่เป็นในช่วงเวลาไม่นาน
3. ความเครียดปานกลาง (moderate stress) เป็นความเครียดที่บุคคลได้รับเป็นเวลานานหรือคงที่ ซึ่งไม่อาจแก้ไขหรือปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว เป็นผลให้บุคคลมีการแสดงออกของความเครียดทั้งทางกริยาและคำพูดเนื่องจากไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ และมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต
4. ความเครียดระดับสูง (severe stress) เป็นผลจากการที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่คุกคามอย่างต่อเนื่อง และไม่ได้รับการช่วยเหลือในการเผชิญเหตุการณ์นั้น ซึ่งทำให้บุคคลอาจเข้าสู่ระยะหมดกำลังหรือเกิดความเบื่อหน่ายได้ในที่สุด

การประเมินความเครียดของผู้ดูแล

ความเครียดเป็นภาวะของความกดดันที่เราไม่สามารถสังเกตเห็นได้ แต่เมื่อบุคคลรู้สึกเครียด จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด 4 ทาง คือ ด้านความนึกคิด ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรมและด้านสรีระ ดังนั้น เราจึงสามารถประเมินความเครียดโดยการวัดจากปฏิกิริยาตอบสนองเหล่านี้ซึ่งพอจะสรุปได้ 4 วิธี ดังนี้^[46]

1. การใช้เทคนิคการฉายภาพ (projective technique) เป็นการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าที่กำหนดให้ เป็นการฉายภาพของบุคคลนั้นผ่านการตอบสนองของเขา เช่น แบบทดสอบรอร์สชาต (Rorschach) แบบทดสอบทีเอที (Thematic Apperception Test: TAT) การวัดโดยวิธีนี้ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะในการแปลผล ซึ่งได้รับการฝึกฝนมาเป็นพิเศษ
2. การใช้การสังเกต (observation) เราสามารถจะสังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเครียด เช่น พุดจาเกรี้ยวกราด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง หรือสังเกตจากภาษาท่าทาง เช่น การถอนหายใจบ่อยๆ สีหน้าแววตา น้ำเสียง หรือท่าทาง เป็นต้น
3. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ (physiological change) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ความตึงของกล้ามเนื้อ เป็นต้น การวัดด้วยวิธีนี้ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญและเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ
4. การให้บุคคลรายงานเกี่ยวกับตนเอง (self-report) เช่น การตอบแบบสอบถาม (questionnaire) แบบสัมภาษณ์ แบบสำรวจ หรือแบบทดสอบมาตรฐานที่สร้างขึ้นและมีการหาคุณภาพของแบบทดสอบเหล่านั้นทั้งในด้านความเที่ยงและความตรง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress interview) ของ ซาริท^[47] ซึ่งได้สร้างแบบวัดนี้โดยดัดแปลงและพัฒนามาจากแบบประเมินภาระของผู้ดูแล (burden interview) จากเดิม 29 ข้อ และดัดแปลงแก้ไขให้เหลือ 22 ข้อ เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับการประเมินถึงความรู้สึกในขณะที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งเกิดจากประสบการณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาซึ่งเป็นผลจากการดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแล มีการนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมจำนวน 29 คน ได้มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .88 แบบวัดความเครียดนี้มีค่าคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีตั้งแต่ “ไม่เคย” คะแนนเป็น 0 คะแนน จนถึง “เกือบสม่ำเสมอ” คะแนนเป็น 4 คะแนน คะแนนสูงสุด 88 คะแนน แบ่งระดับการให้คะแนน ดังนี้

ช่วงคะแนน	0-20	หมายถึงไม่มีภาวะเครียด
ช่วงคะแนน	21-40	หมายถึงความเครียดระดับต่ำ
ช่วงคะแนน	41-60	หมายถึงความเครียดระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	61-88	หมายถึงความเครียดระดับรุนแรง

แบบวัดความเครียดนี้เหมาะสมมาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้เนื่องจากได้พัฒนามาจากแบบวัดภาระของผู้ดูแล ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นและใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

จากผลกระทบดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ เบื่อหน่ายในการที่จะดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เกิดภาวะเครียดตามมา เป็นเหตุให้ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง ผลสุดท้ายคือการดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยล้มเหลว ทำให้อาการของผู้ป่วยทรุดลง ดังนั้นจึงต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถที่จะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง

4. สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)

เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการ และอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้^[48] สุขภาพจิตศึกษาไม่ใช่การบำบัด แต่เป็นวิธีการที่ถูกออกแบบมา เพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการรักษาทั้งหมด ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ย่อมมีความสำคัญต่อผู้ดูแลที่จะให้การดูแลและสนับสนุนผู้ป่วย ทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย สามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสามารถหาวิธีป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำ

การให้สุขภาพจิตศึกษา มีรูปแบบของการให้ความรู้อยู่ 2 รูปแบบ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การประคับประคอง (support) และการบริการด้านความรู้ (educational services) โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล (information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาและจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วย

การให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบ โดยแบ่งได้ดังนี้

1. การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (individual psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้รายบุคคลสำหรับผู้ดูแล โดยเฉพาะขณะที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้ฝึกทักษะ และสามารถดูแลตนเองได้
2. การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย
3. การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) เป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

5. แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1989)

5.1. หลักการเรียนรู้และแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social cognitive theory)

ทฤษฎีปัญญาสังคม (social cognitive theory) เป็นทฤษฎีที่นำมาอธิบายพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งพฤติกรรม (behavior) หมายถึง ปฏิกริยาของสิ่งมีชีวิตที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ซึ่งปฏิกริยาตอบสนองนั้น บุคคลอื่นอาจมองไม่เห็นถ้าไม่สังเกต หรืออาจมีการแสดงออกอย่างเด่นชัด สำหรับพฤติกรรมของมนุษย์นั้นแบ่งออกได้เป็น 3 แบบ^[48] คือ

5.1.1. พฤติกรรมที่กระทำอัตโนมัติ (reflex action) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาทันทีทันใดเมื่อมีสิ่งเร้า

5.1.2. พฤติกรรมที่ทำโดยตั้งใจ (goal-directed behavior) กระทำจากสาเหตุ 2 ประการ คือ เมื่อมีความต้องการเกิดขึ้น หรือมีการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย และเมื่อให้ความต้องการได้รับการตอบสนอง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหมดไปเมื่อเกิดความพึงพอใจ

5.1.3. พฤติกรรมเมื่อมีความคับข้องใจ (behavior as a response to frustration) พฤติกรรมนี้ไม่สนองความต้องการและกระทำโดยไม่มีวัตถุประสงค์แน่นอน นักจิตวิทยาเชื่อว่าพฤติกรรมสามารถที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัยหลักการของการปรับพฤติกรรม (Behavior Modification)^[49] ซึ่งแนวคิดนี้ Bandura^[50] ได้ศึกษาปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลและได้เสนอแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม

5.2. แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Albert Bandura (1977)^[50] มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคล (ปัญญา ชีวิต และสิ่งภายในอื่น ๆ) ร่วมด้วย และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (reciprocal determinism) กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม การที่ปัจจัยทั้ง 3 ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันนั้น ก็ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้นจะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมๆกัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ^[51] ดังนั้นบุคคลจึงเป็นทั้งผู้ก่อให้เกิดและเป็นทั้งผลิตผลของสภาพแวดล้อม การมีผลซึ่งกันและกันนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนมุมมองของกระบวนการถ่ายทอดทางสังคม จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัย

จึงนำแนวคิดการเรียนรู้โดยสังเกต (observation learning) จากตัวแบบ (modeling) ของ Albert Bandura (1986) ^[51] มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

5.3. การเรียนรู้โดยการสังเกต (observation learning)

Bandura มีความเชื่อว่าการเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนเรานั้นเกิดจากการสังเกตจากตัวแบบ ซึ่งจะแตกต่างจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่ต้องอาศัยการลงมือปฏิบัติเพราะนอกจากจะสูญเสียเวลาแล้วยังอาจมีอันตรายได้ในบางพฤติกรรม ในการเรียนรู้โดยการผ่านตัวแบบนั้น ตัวแบบเพียงคนเดียวสามารถที่จะถ่ายทอดทั้งความคิดและการแสดงออกได้พร้อมๆกัน ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับสภาพการณ์ต่างๆ ของสังคมจึงผ่านมาจากประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการได้ยินและได้เห็น โดยไม่มีประสบการณ์ตรงมาเกี่ยวข้อง คนส่วนมากรับรู้เรื่องราวต่างๆ ของสังคมโดยการผ่านทางสื่อแทบทั้งสิ้น ในการเรียนรู้ทางสังคมโดยการสังเกต ประกอบด้วยหลักและขั้นตอน 2 ขั้นตอนด้วยกัน คือ ขั้นตอนที่จะได้มาของสิ่งที่ต้องการจะเรียนรู้ (acquisition) หมายถึงการที่ผู้เรียนมีความใส่ใจต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งที่สังเกต ประมวลเข้ารหัส (coding) และมีการจดจำ และขั้นการกระทำหรือลงมือปฏิบัติ (performance) การเรียนรู้โดยการเลียนแบบ จะต้องมีขั้นตอนของการรับรู้และขั้นของการกระทำ จากตัวแบบที่ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ด้วยความใส่ใจในการเลือกสิ่งเร้าให้มีบทบาทสำคัญในการเลือกตัวแบบเพื่อสร้างเป็นรหัส หรือกำหนดสัญลักษณ์ของสิ่งที่สังเกตเก็บไว้ในความจำ และสามารถเรียกใช้เมื่อผู้เรียนต้องการแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบเมื่อใดก็ได้ จากนั้นการนำไปสู่ขั้นของการกระทำซึ่งขึ้นอยู่กับตัวผู้เรียนเป็นสำคัญ เช่น ความสามารถทางร่างกาย ทักษะต่างๆ รวมทั้งความคาดหวังของผู้เรียนที่จะได้รับแรงเสริมซึ่งเป็นแรงจูงใจ การเรียนรู้โดยสังเกตจากตัวแบบนี้ Bandura^[16] ประกอบไปด้วย 4 กระบวนการดังต่อไปนี้

5.3.1. กระบวนการตั้งใจ (attentional processes) บุคคลจะไม่สามารถเรียนรู้ได้มากจากการสังเกตถ้าเขาไม่มีความตั้งใจและรับรู้ได้อย่างแม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ แบ่งออกได้เป็น 2 องค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบเอง พบว่าตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจจะสังเกตนั้น ต้องเป็นตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัด เป็นตัวแบบที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกนั้นควรมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์อีกด้วย นอกจากองค์ประกอบของตัวแบบแล้ว ยังมีองค์ประกอบของผู้สังเกตอีกด้วย ซึ่งได้แก่ความสามารถในการรับรู้ ซึ่งรวมทั้งการเห็น การได้ยิน การรับรู้รส กลิ่น และสัมผัส จุดของการรับรู้

ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชอบที่เคยได้เรียนรู้มาก่อนแล้ว

5.3.2. กระบวนการเก็บจำ (retention processes) บุคคลจะไม่ได้รับอิทธิพลมากนักจากตัวแบบถ้าเขาไม่สามารถจดจำได้ถึงลักษณะของตัวแบบ บุคคลจะต้องแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างเพื่อให้จำได้ง่ายขึ้น ซึ่งแน่นอนปัจจัยที่จะส่งผลต่อกระบวนการเก็บจำ คือ การเก็บรหัสเป็นสัญลักษณ์เพื่อให้ง่ายต่อการจำ การจัดระบบโครงสร้างทางปัญญา การชักซ้อมลักษณะของตัวแบบที่สังเกตในความคิดของตนเอง และชักซ้อมด้วยการกระทำ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความสามารถทางปัญญา และโครงสร้างทางปัญญาของผู้สังเกตอีกด้วย

5.3.3. กระบวนการทำ (production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้นั้นมาเป็นการกระทำ ซึ่งจะกระทำได้ดีหรือไม่นั้นย่อมขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกตการกระทำของตนเอง การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง และการเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สังเกตอีกด้วย ซึ่งได้แก่ความสามารถทางกาย และทักษะในพฤติกรรมย่อยๆต่างๆที่จะทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมได้ตามตัวแบบ

5.3.4. กระบวนการจูงใจ (motivational processes) การที่บุคคลที่เกิดการเรียนรู้แล้วจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจ กระบวนการจูงใจย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของสิ่งล่อใจจากภายนอก สิ่งนั้นจะต้องกระตุ้นการรับรู้ เป็นสิ่งของที่จับต้องได้เป็นที่ยอมรับของสังคม และพฤติกรรมที่กระทำตามตัวแบบนั้นสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจที่เห็นผู้อื่นได้รับตลอดจนสิ่งล่อใจของตนเอง ซึ่งอาจจะเป็นวัตถุสิ่งของ และการประเมินตนเองประกอบไปด้วย 4 กระบวนการ

กระบวนการของการเรียนรู้จากโดยการสังเกตจากตัวแบบสามารถผ่านสื่อต่างๆได้หลายประเภท ดังนี้

- 1) การมีตัวแบบทางพฤติกรรม (behavioral modeling) คือการที่ตัวแบบแสดงพฤติกรรมให้บุคคลเห็น ซึ่งจะเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้สังเกตเกี่ยวกับทักษะย่อยของพฤติกรรมนั้น และบุคคลจะสังเกตเห็นพฤติกรรมต่างๆของตัวแบบได้จากสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน

- 2) การมีตัวแบบทางวาจา (verbal modeling) คือการที่ตัวแบบใช้คำพูดทางวาจาในการพูดบอก หรือสอนว่าพฤติกรรมนี้ทำอย่างไร สอนเรื่องราวต่างๆที่ทำให้ผู้สังเกตทราบรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลอื่นๆ และยังเป็นการเน้นความสนใจไปที่กิจกรรมที่กำลังกระทำอยู่แก่ผู้สังเกตด้วย
- 3) การมีตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic modeling) หมายถึงการมีตัวแบบที่ผ่านสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ ภาพยนตร์ วิทยุทัศน์ สไลด์ และสื่อภาพอื่นๆ ซึ่งการมีตัวแบบสัญลักษณ์นี้มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของบุคคลในสังคมทุกระดับชั้นเนื่องจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีในปัจจุบัน
- 4) การมีตัวแบบสัมผัส (kinesthetic modeling) บุคคลสามารถเรียนรู้โดยผ่านทาง การได้ยินและเห็นภาพ เช่น ในการสอนพูดสำหรับคนหูหนวกและคนตาบอดก็จะใช้การสัมผัสริมฝีปากและคอของครูที่เป็นตัวแบบ สำหรับคนตาบอดหรือตาพิการที่ฟังเพลงได้ยินก็จะใช้การสัมผัสดังกล่าว

5.4. ประเภทของตัวแบบ

- 5.4.1. ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (live model) เป็นตัวแบบที่บุคคลสามารถสังเกตได้ และมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง มีข้อดีคือ สามารถเพิ่มเติมหรือปรับปรุงพฤติกรรมของตัวแบบ เพื่อให้แสดงพฤติกรรมชัดเจนหรือเหมาะสมกับสถานการณ์มากยิ่งขึ้น แต่การเสนอตัวแบบประเภทนี้ต้องระมัดระวังเรื่องการควบคุมผลกระทบ ทำให้ตัวแบบไม่ได้รับผลกระทบที่พึงพอใจตามที่ควรได้รับ
- 5.4.2. ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic model) เป็นตัวแบบที่เสนอโดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น ภาพยนตร์ วิทยุทัศน์ เทปบันทึกภาพ เทปบันทึกเสียงหนังสือ หุ่นกระบอก หรือการ์ตูน เป็นต้น ซึ่งเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้แล้ว ทำให้มีผลดีในการที่จะเน้นจุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรม และยังสามารถควบคุมพฤติกรรมของตัวแบบได้ ทั้งยังสามารถเก็บไว้ใช้ในครั้งต่อไปได้หลายๆ ครั้ง และยังสามารถใช้ได้ทั้งบุคคลเดี่ยวหรือกลุ่มบุคคลได้

ประโยชน์จากการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ

- 1) ช่วยให้ผู้บุคคลเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆหรือทักษะใหม่ๆ ซึ่งจากผลของตัวแบบในลักษณะเช่นนี้เอง ทำให้เราสามารถนำเอาวิธีการเสนอตัวแบบไปสร้างพฤติกรรมใหม่ๆให้กับบุคคลที่ยังไม่เคยกระทำพฤติกรรมดังกล่าวนั้น เพื่อที่ว่าจะได้เป็นประโยชน์ต่อเขาในทั้งสภาพปัจจุบันและ

อนาคต เช่น นำไปเสริมสร้างทักษะทางสังคมให้กับเด็กที่แยกตัว เสริมสร้างทักษะการพูดให้กับเด็กปัญญาอ่อน หรือเสริมสร้างทักษะบางอย่างให้กับคนไข้โรคจิตในโรงพยาบาล เพื่อให้เขาจะได้อยู่ในชุมชนของเขาได้อย่างมีความสุข

- 2) มีผลทำให้เกิดการระงับ (inhibition) หรือการยุติการระงับ (disinhibition) การแสดงพฤติกรรมของผู้ที่สังเกตตัวแบบได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าเมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกระทบเช่นใด ถ้าตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกระทบที่เป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ แนวโน้มที่ผู้สังเกตตัวแบบจะไม่แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้นจะมีสูงมาก ก็เท่ากับว่าตัวแบบทำหน้าที่ระงับการเกิดพฤติกรรมดังกล่าว แต่ถ้าพฤติกรรมใดที่ผู้สังเกตตัวแบบเคยถูกระงับมาก่อน แล้วมาเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมดังกล่าว แล้วไม่ได้รับผลกระทบอย่างที่ผู้สังเกตคาดว่าจะได้รับ (ผลกระทบเป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ) หรือแสดงแล้วได้รับผลกระทบทางบวก แนวโน้มที่ผู้สังเกตจะกระทำตามตัวแบบก็จะยิ่งมากขึ้น ก็เท่ากับว่าพฤติกรรมที่เคยถูกระงับไว้ นั้นได้ถูกยุติการระงับแล้ว
- 3) ช่วยให้ผู้สังเกตที่เคยได้รับการเรียนรู้มาแล้วได้มีโอกาสแสดงออกหรือถ้าเคยแสดงออกแล้วแต่ทำไม่ค่อยได้แสดงออก ให้แสดงออกเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผลของตัวแบบในลักษณะเช่นนี้ก็จะทำหน้าที่เป็นสัญญาณกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

ลักษณะของการเสนอตัวแบบ มีวิธีการเสนอตัวแบบอยู่หลายวิธีด้วยกัน

- 1) เสนอตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงหรือตัวแบบสัญลักษณ์ ซึ่งการเสนอตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงนั้นมีข้อดีตรงที่ น่าสนใจมากกว่าตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ในการรับรู้ของคนบางคน อีกทั้งสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมการแสดงออกได้ตามสภาพการณ์ แต่จุดอ่อนของการเสนอตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงอยู่ที่ค่อนข้างจะเสี่ยงไปตรงที่ไม่สามารถทำนายหรือควบคุมได้อย่างที่ต้องการ ผู้บำบัดจำนวนมากชอบที่จะใช้ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์มากกว่าโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรูปแบบของฟิล์ม แถบภาพ แถบเสียง การ์ตูน หรือข้อเขียน การจะเสนอในรูปแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของพฤติกรรมและการนำไปใช้ ตัวแบบสัญลักษณ์นั้นมีคุณสมบัติเหนือกว่าตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงอยู่หลายอย่าง อย่างเช่นสามารถควบคุมพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ สามารถนำมาใช้ได้หลายๆ ครั้ง และง่ายในการที่จะนำมาใช้บำบัดเป็นกลุ่ม
- 2) ตัวแบบภายใน เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ หรือเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นอยู่โดยผ่านการจินตนาการของบุคคลอื่นที่อยู่ในสังคม การเสนอตัวแบบภายในนั้นยังสามารถใช้บำบัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ด้วยตัวของมันเอง หรือใช้ร่วมกับเทคนิคอื่นๆ ก็ได้ในการใช้การ

เสนอตัวแบบภายในเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด ได้แก่ การเสนอผลกระทบทันทีที่ตัวแบบแสดงพฤติกรรมเนื่องจากผลกระทบนั้นมีส่วนสำคัญอย่างมากที่จะกำหนดว่าพฤติกรรมที่บุคคลได้รับการเรียนรู้โดยผ่านจินตนาการนั้นจะมีการแสดงออกในสภาพการณ์ที่เป็นจริงหรือไม่ นอกจากนี้การเสนอตัวแบบภายใน การเสริมสร้างพฤติกรรมที่ค่อนข้างจะซับซ้อน ก็ควรจะได้มีการเสนอโดยใช้หลักการของความสำเร็จตามขั้นตอน เพราะจะช่วยให้การใช้การเสนอตัวแบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

- 3) การเสนอตัวแบบหลายๆ ตัว จะช่วยทำให้มีการเสนอตัวแบบมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้สังเกตจะพบว่า มีตัวแบบบางตัวมีลักษณะที่คล้ายกับตัวเอง ตลอดจนทำให้ได้เรียนรู้การแสดงพฤติกรรมหลายๆ อย่าง ทำให้ผู้สังเกตมีความยืดหยุ่นมากขึ้นในการแสดงออกในหลายๆ สถานการณ์

การเสนอตัวแบบที่แสดงถึงความสามารถในการแก้ปัญหาได้เป็นอย่างดี กับตัวแบบที่ค่อยๆ แสดงถึงการเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา ซึ่งตัวแบบที่ค่อยๆ แสดงถึงการเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหานั้น จะต้องเริ่มจากการแสดงว่าเขาขาดทักษะบางอย่าง และมีความรู้สึกบางอย่างที่ทำให้เขาไม่สามารถที่จะแสดงพฤติกรรมออกมาได้ จากนั้นตัวแบบก็จะพูดถึงความรู้สึกของตนเอง และขั้นตอนในการแก้ปัญหาพร้อมๆ กับพฤติกรรมของเขาก็จะเริ่มดีขึ้น การเสนอตัวแบบแบบค่อยๆ แสดงออกทีละขั้นตอน ซึ่งวิธีการเสนอตัวแบบนี้เหมาะที่จะใช้กับการแสดงถึงพฤติกรรมหรือการกระทำที่ซับซ้อน การเสนอตัวแบบแบบค่อยๆ แสดงออกทีละขั้นตอนนั้นจะแบ่งทักษะออกมาเป็นทักษะย่อยๆ แล้วเสนอไปที่ละทักษะ ซึ่งผู้สังเกตจะต้องทำตามตัวแบบเสียก่อนจึงจะค่อยเสนอตัวแบบที่แสดงทักษะในลำดับต่อไปการใช้การสอน ซึ่งการใช้การสอนควรจะได้พิจารณาใช้ร่วมกับการเสนอตัวแบบ การเริ่มต้นการสอนนั้นควรจะอธิบายว่าผู้สังเกตจะเห็นตัวแบบทำอะไร และบอกผู้สังเกตว่าเราหวังที่จะเห็นเขาแสดงตามตัวแบบที่เขาจะดูนั้น ซึ่งการบอกเช่นนี้จะทำให้ผู้สังเกตให้ความสนใจต่อตัวแบบมากยิ่งขึ้น การให้ผู้สังเกตนั้นรู้ถึงลักษณะของพฤติกรรมของตัวแบบที่เขาสังเกต ซึ่ง Bandura (1989)^[16] พบว่าการให้ผู้สังเกตสรุปถึงลักษณะของพฤติกรรมของตัวแบบนั้นทำให้ผู้สังเกตสามารถเรียนรู้และเก็บจำลักษณะของตัวแบบได้ดีขึ้น การชักจูง เมื่อสังเกตตัวแบบได้แล้ว การที่จะทำให้การเรียนรู้การลอกเลียนแบบนั้นได้ผลดีขึ้น ควรให้ผู้สังเกตได้มีโอกาสชักจูง ซึ่งการชักจูงสามารถทำได้ 2 ลักษณะคือชักจูงในใจ นั่นคือคิดถึงลักษณะของพฤติกรรมที่จะต้องแสดงออกในลักษณะต่างๆ กับการชักจูงโดยการลงแสดงออกดู ซึ่งการชักจูงทั้ง 2 ลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถจดจำได้ดีขึ้น และเมื่อถึงเวลาแสดงออกก็จะแสดงออกได้ง่ายขึ้น สภาพการณ์ที่จะเสนอตัวแบบ ควรเป็นสภาพการณ์ที่สามารถลดการรบกวนจากสิ่งเร้าภายนอกได้เป็นอย่างดี เช่น ถ้าเป็น

ภาพยนตร์ก็ควรจะฉายในห้องมืดและไม่มีเสียงรบกวน ถ้าใช้แถบบันทึกเสียงก็ควรจะใช้หูฟังของแต่ละคนซึ่งน่าจะทำให้ผู้สังเกตเพิ่มความตั้งใจมากกว่าการฟังเสียงจากลำโพงในห้อง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เนื่องจากสามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบได้ สามารถดูซ้ำได้หลายครั้งโดยไม่มี การเปลี่ยนแปลงเนื้อหา สื่อวีดิทัศน์มีทั้งภาพและเสียงช่วยในการดึงดูดความสนใจ ทำให้ผู้สังเกตเกิดจากจดจำได้ดียิ่งขึ้น และสามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์และพฤติกรรมให้เด่นชัด ซึ่งทำให้การเรียนรู้จากการเลียนแบบนั้นได้ผลดียิ่งขึ้น และไม่ได้เลือกใช้ตัวแบบบุคคลเนื่องจากการเสนอตัวแบบวิธีนี้ไม่สามารถทำนายหรือควบคุมสถานการณ์อย่างที่ต้องการได้ และยังมีข้อจำกัดเพราะสิ่งที่จะเรียนรู้มีมากกว่าเวลาและโอกาส จองผู้สังเกตแต่ละคนจะอ่านย^[51] ซึ่งการรับรู้ของมนุษย์โดยทั่วไปสามารถรับรู้ได้ 5 ทาง ได้แก่ ถิ่นรับรู้ได้ร้อยละ 3 ภายรับรู้ได้ร้อยละ 6 หูรับรู้ได้ร้อยละ 13 ตารับรู้ได้ร้อยละ 75 ทั้งนี้ การรับรู้จากหูและตา รวมกันสามารถรับรู้ได้ถึงร้อยละ 88 ซึ่งจากการฟังและเห็นนั้น เรียกว่า โสตทัศนศึกษา^[52] เพราะการได้ยินประกอบกับได้เห็นย่อมอยู่ในความทรงจำได้ดีกว่าการได้ยินหรือเห็นเพียงอย่างเดียว หากเรารู้จักนำภาพและเสียงมารวมกันอย่างมีศิลปะก็จะสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และละทิ้งพฤติกรรมเก่าหรือสร้างพฤติกรรมใหม่ให้กับบุคคลได้^[53] สื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่ให้ทั้งภาพและเสียงจึงสามารถดึงดูดความสนใจของผู้เรียนรู้ได้มาก และยังเป็นสื่อที่ช่วยเสริมและทดแทนภาระหน้าที่ในการสื่อสารของผู้ให้ความรู้เนื่องจากวีดิทัศน์สามารถเพิ่มพูนประสบการณ์ของผู้เรียนให้กว้างขวาง 3 ด้าน คือ ประสบการณ์ในมิติแห่งความจริง (reality) ประสบการณ์ในมิติแห่งกาลเวลา (time) และ ประสบการณ์ในมิติของสถานที่ (space)^[54]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ผู้ดูแลต้องใช้พลังและทุ่มเทเวลาในการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน เพราะภารกิจในการดูแลผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลจะต้องทำด้วยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความเจ็บป่วย อาการ การดูแลรักษา รวมทั้งต้องใช้ทักษะความชำนาญในการดูแลหลายด้าน เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ การดูแลจิตใจ ตลอดจนการจัดการวางแผนการดูแล และการเผชิญกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า คับข้องใจ เกิดความเครียดและความวิตกกังวลตามมาได้ ซึ่งความวิตกกังวลนั้นเป็นผลกระทบด้านลบ เพราะเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้ผู้ดูแลเสียสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ เกิดปฏิกิริยาตอบสนองหลายอย่าง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม เป็นผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยมีการฟื้นหายจากโรคช้าและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล โดยประยุกต์ตัวแบบตามทฤษฎีปัญญาทางสังคมของ Bandura (1989)^[16] มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ

โดยการให้ผู้ดูแลสังเกตตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์ และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านต่างๆตามที่ได้สังเกตจากตัวแบบ

6. แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984)

6.1. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด

Lazarus & Folkman (1984)^[17] กล่าวว่า การจัดการกับความเครียดคือพฤติกรรมที่จัดกระทำเพื่อควบคุมความเครียดเป็นการเผชิญหรือการจัดการต่อความเครียด (coping) พฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการกับความเครียด เป็นความพยายามที่เป็นทั้งการกระทำที่เห็นชัดเจนและการกระทำที่ซ่อนอยู่ภายในจิตใจ เพื่อที่จะจัดการกับความต้องการของสิ่งแวดล้อมกับความต้องการภายในตน และจัดการกับความขัดแย้งของสิ่งเหล่านั้นซึ่งต้องใช้พลังและทรัพยากรมากมาย หรือเป็นกลไกที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลของจิตใจเมื่อถูกรบกวน เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ละพฤติกรรมจะประกอบด้วย การสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้บุคคลควบคุมความเครียดได้ รวมทั้งขบวนการทางจิตที่เสริมสร้างความสำเร็จในการปรับตัวต่อภาวะเครียด

สูตราร์ตัน หนูหอม, 2544^[55] ให้ความหมายการจัดการกับความเครียดว่าเป็นพฤติกรรมหรือความคิดที่บุคคลใช้เพื่อควบคุมสาเหตุของความเครียด หรือควบคุมความรู้สึกเครียด บุคคลจะใช้สติปัญญาในการเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่เคยใช้แล้วประสบความสำเร็จในอดีต ถ้าวิธีการนี้ใช้แล้วไม่ประสบความสำเร็จ บุคคลจะคิดเลือกวิธีอื่นต่อไป

จากความหมายของการจัดการกับความเครียดทั้งหมดที่กล่าวมา สามารถสรุปได้ว่าการจัดการกับความเครียด หมายถึง การที่บุคคลทำให้ความเครียดลดลงหรือจัดให้หมดไปเพื่อป้องกันหรือลดความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเครียด โดยบุคคลจะใช้สติปัญญาในการเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดที่เคยใช้แล้วประสบความสำเร็จในอดีต ถ้าวิธีนี้ใช้แล้วไม่ประสบความสำเร็จบุคคลจะเลือกวิธีอื่นต่อไป

6.2. กระบวนการจัดการกับความเครียด

กระบวนการจัดการกับความเครียดเป็นขั้นตอนของการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นความเครียด โดยมีเป้าหมายเพื่อรักษาสมดุลระหว่างสิ่งกระตุ้นความเครียดกับความสามารถที่จะจัดการกับสิ่งนั้น และเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นความเครียด โดยลาซาร์ส เสนอว่ากระบวนการจัดการกับความเครียดประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้^[55]

ขั้นตอนที่ 1 การถูกคุกคามจากสิ่งกระตุ้นความเครียด

เมื่อบุคคลแปลความหมายสิ่งกระตุ้น (stimuli) ว่าเป็นอันตรายหรือมาคุกคามต่อดุลยภาพทางจิตใจ บุคคลจะใช้ความพยายามที่จะขจัดหรือบรรเทาความรู้สึกกดดันเหล่านั้นให้หมดไป แต่โดย

ธรรมชาติแล้วความกดดันที่เกิดขึ้นจะทำให้ความสมดุลระหว่างความกดดันกับความสามารถของบุคคลที่จะจัดการกับความกดดันซึ่งเคยมีอยู่เดิมเสียไปด้วย ดังนั้นบุคคลจึงรับรู้และแปลความหมายสิ่งกระตุ้นนั้นว่าทำให้เกิดความรู้สึกกดดันไม่สบายใจและสูญเสียภาวะสมดุลของตนในที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินสิ่งกระตุ้น

การประเมินสิ่งกระตุ้นที่คุกคามภาวะสมดุลของบุคคลเป็นกระบวนการทดลองใช้ความรู้และสติปัญญาภายใต้ทฤษฎีการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เน้นในเรื่องของกระบวนการ (process oriented) ภายใต้สมมติฐานว่า 1) บุคคลและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กันอยู่ตลอดเวลา 2) ความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปในลักษณะของการโต้ตอบซึ่งกันและกันภายใต้ทฤษฎีการประเมินทางความคิดนั้น ความหมายของเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าความเครียด ขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินทางความคิด กล่าวโดยง่ายคือสิ่งเร้าจะมีความหมายอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับความรู้หรือการตีความของบุคคลโดยผ่านกระบวนการทางความคิด (cognitive process) ผลของการประเมินจะนำไปสู่การตอบสนองที่แตกต่างกัน

1) การประเมินสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าความเครียด มี 3 ขั้นตอน คือ

การประเมินขั้นแรกเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ บุคคลจะประเมินในขั้นแรกว่าเหตุการณ์นั้นมีผลทางบวก ทางลบ หรือไม่มีผลต่อตนเอง ถ้าเหตุการณ์นั้นถูกประเมินว่าเป็นผลดีหรือไม่มีผลต่อตนเองแล้ว ผลการประเมินจะแสดงออกในทางที่ดีหรือในเชิงบวก ในทางตรงกันข้ามเมื่อประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีผลในเชิงลบต่อตนเองหรือการประเมินที่ก่อให้เกิดความเครียด (stressful appraisal) ผลของการประเมินดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดผลในเชิงลบต่อบุคคลได้ โดยเฉพาะผลกระทบต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย

ลักษณะของการประเมินในเชิงลบ มี 3 ลักษณะ

- (1) ลักษณะที่เป็นอันตรายหรือต้องสูญเสีย ได้แก่ ความเสียหายที่เกิดขึ้นแล้ว เช่น การสูญเสียอวัยวะ การสูญเสียความสัมพันธ์กับคนรัก การเจ็บป่วยทั้งชนิดเฉียบพลัน และเรื้อรัง
- (2) ลักษณะที่คุกคามเป็นการคาดการณ์ว่าเหตุการณ์นั้นจะก่อให้เกิดการสูญเสีย หรือความเสียหายแน่นอน
- (3) ลักษณะที่ทำหายนเป็นอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นข้างหน้า แต่บุคคลคาดการณ์ว่าสามารถจะจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ กล่าวคือเมื่อบุคคลเผชิญต่อสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การประเมินขั้นแรกคือการประเมินว่าเหตุการณ์นั้น เป็นการสูญเสียหรือทำให้เกิดความกลัวว่าจะสูญเสีย การประเมินทั้งสองลักษณะนี้ให้ผลในเชิงลบทางอารมณ์ ทำให้มีอารมณ์โกรธ ขุ่นเคือง หวาดกลัวเช่นเดียวกับการประเมินในเชิงทำหายน ที่แม้จะเตรียมจัดการ

กับปัญหานั้น แต่ความตื่นเต้นและความหวาดกลัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลเกิดความเครียดได้เช่นกัน ตรงกันข้ามกับการประเมินในเชิงบวกที่ทำให้บุคคลสามารถตอบสนองต่อความเครียดได้ตรงจุด และเลือกใช้พฤติกรรมการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมอันนำมาซึ่งการปรับตัวได้ในที่สุด

- 2) การประเมินขั้นที่สอง หมายถึง การที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ ประเมินแหล่งประโยชน์ และทางเลือกของตน เพื่อจำกัดอันตรายจากสิ่งที่ตนรับรู้ว่าเป็นอันตรายแก่ตนเอง และเป็นการประเมินสถานการณ์ใหม่ เพื่อทบทวนดูว่าการประเมินสถานการณ์ขั้นแรกนั้นถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ รวมทั้งประเมินว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในการประเมินขั้นแรกมีประสิทธิภาพหรือไม่ โดยการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกของตนเองนี้เป็นการนำทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกมาเอื้ออำนวยให้ตนเองในการกำจัดและสรรหาการกระทำที่เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดให้ตนเอง แต่ถ้าบุคคลมีปัจจัยดังกล่าวไม่เพียงพอ จะทำให้เกิดผลทางลบ เกิดความเครียด หมดหวัง ท้อแท้ หรือซึมเศร้าขึ้น อารมณ์ดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพ และความเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม
- 3) การประเมินซ้ำ หลังจากบุคคลได้แสดงความพยายามที่จะจำกัดอันตรายทั้งทางรูปธรรม และทางความคิดออกมาแล้ว บุคคลจะประเมินสถานการณ์ซ้ำเพื่อพิจารณาอันตรายที่ตนรับรู้ว่ามีอยู่ในระดับใด มากขึ้นหรือลดลง หรือได้ถูกกำจัดไปแล้ว ขั้นตอนนี้ถือได้ว่าเป็นการเริ่มวงจรการประเมินสถานการณ์ครั้งแรกใหม่ก็ได้ เพราะผลจากการประเมินซ้ำนี้บุคคลจะทราบว่ามีสิ่งรบกวน ความเครียดอยู่หรือไม่ ควรเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใดจึงจะเหมาะสม และสามารถกำจัด ภาวะเครียดไปได้

ดังที่กล่าวมา ทำให้เห็นได้ว่าการประเมินสิ่งกระตุ้นความเครียด เป็นขั้นตอนสำคัญของกระบวนการประเมินความเครียด เพราะถ้าผลการประเมินสิ่งกระตุ้นความเครียดออกมาในลักษณะใด ก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในทิศทางนั้นด้วย กล่าวคือ การประเมินสถานการณ์ว่ารุนแรงเกินความสามารถที่ตนจะแก้ไข หรือไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ จะทำให้บุคคลเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งควบคุมอารมณ์มากกว่าที่จะเผชิญความเครียดแบบแก้ไขตามปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งการประเมินสถานการณ์ในลักษณะดังกล่าว จะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม นั่นคือความล้มเหลวของการปรับตัวเพื่อรักษาภาวะสมดุล

ขั้นตอนที่ 3 การทำนายหรือคาดการณ์ต่อผลที่จะได้รับจากสิ่งกระตุ้นความเครียด

เมื่อบุคคลประเมินสิ่งกระตุ้นที่ได้รับ และแปลผลว่าสิ่งกระตุ้นนั้นคุกคามต่อภาวะสมดุลการประเมินในลักษณะดังกล่าว เป็นการประเมินที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด (stressful appraisal) ขณะที่

บุคคลคาดการณ์หรือทำนายต่อสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับภาวะเครียดนั้น บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรมเกิดขึ้นด้วย กล่าวคือ ภายหลังจากประเมินขั้นแรก ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดทางอารมณ์จะเป็นแบบต่างๆ ไป เมื่อเวลาผ่านไปบุคคลได้พิจารณาสถานการณ์และได้ประเมินสถานการณ์ครั้งที่สอง ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดทางอารมณ์จะเปลี่ยนไปเป็นแบบที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น หรือการยอมรับต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดทางอารมณ์นั้นมีความสัมพันธ์กับการประเมินสิ่งกระตุ้นความเครียดอย่างมากกล่าวคือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคลจะสัมพันธ์กับการใช้กลไกทางจิต และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์กับการใช้กลไกทางจิตแบบชดเชย และมีความสัมพันธ์กับการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบการควบคุมอารมณ์ที่เป็นทุกข์มากกว่าที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดด้วยเหตุผลอย่างจริงจัง ส่วนปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดทางร่างกายจะเกิดขึ้นพร้อมๆ กับปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ และมีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาทางอารมณ์ด้วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของบุคคลแต่ละคนนั้นเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการและต่อเนื่องตลอดเวลา ลักษณะของพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่บุคคลเลือกใช้ย่อมสามารถทำนายถึงผลลัพธ์ว่าบุคคลจะสามารถปรับตัวได้หรือไม่เช่นกัน

ขั้นตอนที่ 4 พฤติกรรมการเผชิญความเครียด

พฤติกรรมการเผชิญความเครียดเป็นตัวเชื่อมระหว่างสิ่งกระตุ้นความเครียดกับการปรับตัวได้ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย พฤติกรรมที่มีอิทธิพลมาจากการใช้สติปัญญาไตร่ตรองปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดทางอารมณ์และปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดทางร่างกาย ทั้งสามองค์ประกอบมีปฏิสัมพันธ์กัน จึงได้แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียด พฤติกรรมการเผชิญความเครียดเป็นผลมาจากการใช้สติปัญญาการประเมินสถานการณ์ การใช้สติปัญญาประเมินแหล่งประโยชน์ และการประเมินวิถีทางที่จะจัดการกับสิ่งเร้าความเครียดนั้นๆ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดจะเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการและมีเป้าหมายในการแสดงพฤติกรรมนั้นๆอย่างต่อเนื่อง โดยพฤติกรรมการเผชิญความเครียดมีเป้าหมาย 2 ประการ คือ

- 1) เพื่อขจัดสิ่งเร้าความเครียดให้หมดสภาพเป็นสิ่งที่กระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะเครียดโดยมีเป้าหมายที่สาเหตุของการเกิดภาวะเครียดเป็นหลัก
- 2) เพื่อรักษาความมั่นคงของตนเองไว้ด้วยการพยายามควบคุมปฏิกิริยาทางด้านร่างกายและอารมณ์ไว้ โดยไม่จัดการกับสาเหตุของความเครียดโดยตรงแต่มุ่งเป้าหมายไปที่ อารมณ์ที่เป็นทุกข์ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียดเป็นหลัก

ขั้นตอนที่ 5 การปรับตัวได้

การปรับตัวได้ คือผลลัพธ์ของความพยายามที่จะรักษาคุณภาพของตนเองไว้ บุคคลที่ใช่

พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมจะสามารถสร้างความสมดุลระหว่างแรงกดดันจากสิ่งเร้า ความเครียดกับความสามารถในการจัดการกับแรงกดดันนั้นได้ และเมื่อกระบวนการเผชิญ ความเครียดดำเนินวนเวียนไปเรื่อยๆ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม จะสามารถจัดสิ่ง ที่คุกคามออกไปและนำบุคคลกลับเข้าสู่สมดุลเดิมในที่สุด ในทางตรงข้ามพฤติกรรมการเผชิญ ความเครียดที่ไม่เหมาะสมจะทำให้บุคคลไม่สามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้ มีผลทำให้บุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤตในที่สุด

Lazarus & Folkman (1984)^[17] มองผลของการประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียด คือ ผลลัพธ์ของการปรับตัว (adaptation outcomes) ใน 3 ด้าน คือ

- 1) ผลทางด้านสังคม (social functioning) เป็นผลของการปรับตัวต่อความเครียดซึ่งเกิดจากการตอบสนองตามบทบาทหน้าที่ของตน การคงไว้ซึ่งบทบาทและสัมพันธภาพทางสังคม เช่น บทบาทพ่อแม่ ผลของการปรับตัวด้านสังคม ได้แก่ การมีทักษะที่จำเป็นสำหรับการรักษา บทบาทหน้าที่ของตนไว้ได้ เป็นต้น
- 2) ผลทางด้านจิตใจ (morale) ขวัญและกำลังใจเป็นผลที่เกิดขึ้นระยะยาว คือความพึงพอใจในการกระทำของตนเองและบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ หากบุคคลมีความพึงพอใจในผลของการเผชิญความเครียดและการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เกิดขวัญและกำลังใจที่ดีในการจัดการกับสถานการณ์และบุคคลที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มักมีขวัญ กำลังใจในการจัดการกับสถานการณ์ดีกว่าการใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับ อารมณ์
- 3) ภาวะสุขภาพ การประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียดที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ หากบุคคล มีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดี แต่ถ้การเผชิญ ความเครียดไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดความเครียดในระดับสูง เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง ต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ได้

ซึ่งผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการกับความเครียด นี้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง และส่งผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการที่ผู้ดูแล สามารถทำบทบาทในฐานะผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งนอกจากจะส่งผลต่อเด็กสมาธิสั้น แล้วยังส่งผลต่อตัวผู้ดูแล ครอบครัว และสังคมอีกด้วย

6.3. รูปแบบการจัดการกับความเครียด

Lazarus & Folkman (1984)^[17] กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีภาวะเครียดเกิดขึ้น บุคคลจะมีความ พยายามที่จะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรม เพื่อจัดการกับสิ่งที่เป็อันตรายหรือสิ่งที่

คุกคามต่อสวัสดิภาพของตน เรียกพฤติกรรมนี้ว่า พฤติกรรมเผชิญความเครียด ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

- 1) พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (problem-focused behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลพยายามใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมุ่งเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และวิเคราะห์หาหนทางในการแก้ไข หรือเพิ่มความสามารถของตนในการแก้ไขที่จะเผชิญกับปัญหานั้น การยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การพยายามคิดหาวิธีแก้ปัญหามิใช่แก้ปัญหามิใช่ในหลายๆทาง การขอความช่วยเหลือจากแหล่งอื่นในการแก้ปัญหา เป็นต้น
- 2) พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขที่อารมณ์ (emotional-focused behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลนำกลไกทางจิตเข้ามาช่วยจัดการหรือบรรเทาภาวะเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อรักษาสมดุลของจิตใจไว้ พฤติกรรมนั้น ได้แก่ การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง การหนี การนั่งสมาธิ การดื่มสุรา การใช้นอนหลับ การแยกตนเอง การรับฟังแต่เรื่องที่ดี การโยนความผิดให้ผู้อื่น การแสดงอาการโกรธ เป็นต้น

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เชิดชาย ชยวัฑฒ, 2559^[56] ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดทั้งหมด 41 ราย พบค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล 11 ราย (ร้อยละ 26.83) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล ได้แก่ จำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่ดูแลผู้ป่วย ระดับการศึกษาของผู้ดูแล เพศของผู้ป่วย และรายได้ของผู้ดูแลตามลำดับ

ภาวิณี พรหมบุตร, 2557^[57] ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

เยาวลักษณ์ โพธิ์ดารา, 2557^[58] ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่โรงพยาบาลนครพนมจำนวน 112 คน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ได้แก่ ความเครียด บุคลิกภาพด้านอารมณ์ หวันไหว-มันคง และบุคลิกภาพด้านการแสดงออก เก็บตัว

ธีรบุษ ห่านิรัตติสัย, 2556^[59] ทำการศึกษาการรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลรับรู้ว่าการรับบทบาทผู้ดูแลคือภาระที่ต้องรับผิดชอบเป็นการสร้างบุญและสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง สำหรับความพร้อมในการดูแล ในระยะแรกรู้สึกกังวลไม่ทราบว่าเป็นอะไรกลัวอาการเป็นมากขึ้น หมตกำลังใจ เครียด สับสน เคืองกว้าง กลัวดูแลไม่ได้ ความต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้เกิดความพร้อม ได้แก่ คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลและกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง

Rigby, H., G. Gubitz, and S. Phillips, 2009^[60] ได้ทำการทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบ นำการวิจัย 24 ฉบับ โดยวัดจากแบบประเมินภาระในผู้ดูแลทั้ง 9 แบบประเมิน จากการศึกษาพบความชุกของการเป็นภาระในการดูแลปานกลางถึงมากร้อยละ 25-54 ซึ่งในเดือนแรกของผู้ดูแลได้ทำการดูแลผู้ป่วยพบภาระในการดูแลเป็นร้อยละ 25 ในเดือนที่ 3 พบภาระในการดูแลร้อยละ 28 และในเดือนที่ 6 พบภาระในการดูแลร้อยละ 37 และจากการศึกษามีการทำนายการเป็นภาระในผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย อาการภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

Family Caregiver Alliance [FCA], 2006^[11] ทำการรวบรวมข้อมูลความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าสาเหตุของความเครียดในผู้ดูแลได้แก่ ความรู้สึกผิด โกรธตนเองที่ช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ได้ ไม่ทราบว่าตนควรปฏิบัติตนอย่างไร ความรู้สึกไม่แน่ใจว่าตนควรทำอะไร ครอบครัวผู้ดูแลยอมรับว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องยาก ความรู้สึกผิดหวังในพัฒนาการ ความไม่ก้าวหน้าของผลในการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง คุณค่าในตนเองต่ำลง การยอมรับตนเอง การควบคุมตนเองลดลง และความรู้สึกอ่อนล้า มีความคิดวุ่นที่ทำให้รู้สึกวุ่นวายที่ไม่สามารถให้การดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้

พรชัย จุลเมตต์, 2544^[61] ทำการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสามด้านผสมผสานกัน โดยมีสัดส่วนวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม และด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด

Lyons, Karen S., and Steven H. Zarit., 1999^[62] ทำการศึกษาความแตกต่างของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยศึกษาความแตกต่างระหว่างผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลที่ได้รับค่าตอบแทนและผู้ดูแลที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนซึ่งหมายถึงผู้ดูแลหลักที่เป็นญาติหรือคนในครอบครัวของผู้ป่วย จากการศึกษาได้กล่าวถึงผู้ดูแลทางการที่ได้รับค่าตอบแทนถือเป็นการให้บริการอย่างหนึ่ง ซึ่งแตกต่างกับผู้ดูแลที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนที่สถานการณ์ของการดูแลและความหมายของการดูแลผู้ป่วย การรับผิดชอบในการดูแล การแบ่งหน้าที่ในการรับผิดชอบในการดูแลเป็นหนึ่งในปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนที่ส่งผลต่อความเครียด และในผู้ดูแลที่ผ่านประสบการณ์ที่มีความเครียดสูงหรือผ่านการ

ดูแลผู้สูงอายุมาแล้วก็จะมีจัดการความเครียดที่ดี สามารถในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้ดีซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลนอกจากนี้การวิจัยยังได้กล่าวถึงส่วนของความรู้สึกถูกผูกมัด ถูกจำกัด ในผู้ดูแลที่ได้รับค่าตอบแทนจะมีความรู้สึกถูกผูกมัดที่น้อยกว่าผู้ดูแลหลักที่เป็นครอบครัวหรือญาติ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบความเครียด ภาวะในการดูแล และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแล สาเหตุของการเกิดความเครียดในผู้ดูแล ซึ่งในผู้ดูแลที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนจะมีสาเหตุในการเกิดความเครียดต่างกับผู้ดูแลที่ได้รับค่าตอบแทน และความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกผิดต่อตนเอง ความเครียดที่เกิดจากความผิดหวังในพัฒนาการของผู้ป่วย ความเครียดที่เกิดจากการดูแลที่เป็นเรื่องยาก ความเครียดที่เกิดจากสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง และความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกอ่อนล้า

7.2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษา

สุนีย์รัตน์ บุญศิลป์, 2559^[63] ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างอยู่ที่บ้านจำนวน 144 คน จากผลการวิจัยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความต้องการสูงสุดคือด้านข้อมูลการดูแลผู้ป่วย รองลงมาคือการเสริมพลังทางจิตวิญญาณ การดูแลสุขภาพ การจัดการภายในบ้าน การประคับประคองจิตใจ การเงิน และการพักผ่อนตามลำดับ

Cameron, Jill I., et al., 2016^[64] ทำการรวบรวมและสรุปการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศแคนาดา โดยเนื้อหาหลักที่นำมาสรุปประกอบไปด้วย การสนับสนุน การให้ความรู้ความเข้าใจ ทักษะในการดูแลคนไข้ ทักษะในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย จากผลการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้สร้างแนวทาง แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 คือการสนับสนุนโดยการให้ความรู้ความเข้าใจ การให้การสนับสนุนทางสังคม การฝึกทักษะในการดูแล อาจใช้สื่อมีเดีย วิดีทัศน์ หรือการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยหรือครอบครัวผู้ป่วยที่ไม่สะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาล ขั้นตอนที่ 2 คือ การให้ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลได้เรียนรู้ถึงความต้องการและเป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพ กระตุ้นให้เกิดคำถามและเปิดโอกาสให้บอกถึงสิ่งที่ต้องการ เป็นขั้นตอนของการให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล ระยะของการฟื้นฟู เป้าหมายของการฟื้นฟู โดยให้เกิดความสามารถในการจัดการกับปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ขั้นตอนที่ 3 คือการวางแผนและปรับตัวเพื่อจำหน่ายออกจากการเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ขั้นตอนที่ 4 คือ การปรับกิจวัตรประจำวันเพื่อให้เข้ากลับไปอยู่ในสังคมได้ และขั้นตอนที่ 5 คือ การดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

Ahmed, W.A.M., et al., 2015^[65] ทำการรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยในบทเรียนได้สอนความรู้เบื้องต้นพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การเข้าใจพยาธิสภาพของโรค ผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยส่วนหนึ่งของหลักการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลคือการใช้เวลาแก่ตนเอง การกล้าที่จะปฏิเสธ การไม่รู้สึกผิดเมื่อต้องการขอความช่วยเหลือ การมีแผนสำรองเมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน การหาหนทางที่ง่ายกับชีวิตและการสร้างสรรค์

Van Daele, Tom, et al., 2012^[66] ทำการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการลดความเครียดโดยการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยนำการวิจัยมาศึกษา 16 การวิจัย จากกลุ่มประชากรที่หลากหลาย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มวัยรุ่น เป็นต้น จากการทบทวนเอกสารพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาช่วยทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับความเครียดและวิธีการแก้ปัญหาซึ่งส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี กลุ่มประชากรเกิดทักษะในการพัฒนาสุขภาพจิต สามารถจัดการกับปัญหาที่พบได้ดีขึ้น

Martin-Carrasco, Manuel, et al., 2009^[67] ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ โดยโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมทั้งหมด 4 เดือน จากการศึกษาพบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสามารถลดภาระในผู้ดูแลและช่วยให้ผู้ดูแลพัฒนาขั้นตอนในการแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ดีขึ้น

Ilse, I.B., et al., 2008^[68] ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน 6 เดือนแรก ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 90 คน จากการศึกษาวัดระดับความเครียดของผู้ดูแลในเดือนที่ 2 4 และ 6 พบระดับของความเครียดที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดมากที่สุดคือ ความรู้สึกการถูกกดดัน จำกัดอยู่ในขอบเขต ความรู้สึกถูกบีบบังคับ ต้องการการประคับประคองจิตใจ การเปลี่ยนแปลงการวางแผนในชีวิตและการปรับตัวของคนในครอบครัวตามลำดับ

Visser-Meily, Anne, et al., 2005^[69] ได้ทำการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบ นำการวิจัย 22 ฉบับ การให้ความรู้จำแนกออกเป็นโปรแกรมการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ประกอบไปด้วยด้านการให้บริการเฉพาะทาง การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้การปรึกษา และการให้การสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนการวิจัยพบว่าการให้ความรู้ 3 ใน 4 ของการศึกษาทั้งหมดให้ผลเชิงบวกที่ช่วยให้ผู้ดูแลเผชิญกับปัญหาและลดความเครียดได้ นอกจากนี้ยังพบสิ่งที่คุณดูแลผู้ป่วยต้องการ ได้แก่ ข้อมูลเรื่องการจัดหาด้านการช่วยเหลือ และการให้การปรึกษาที่ช่วยแนะนำเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรม

นิตยา สุทธากร, 2531^[70] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญหน้ากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ จำนวน 100 ราย พบว่า ญาติใช้การเผชิญปัญหา

ด้วยการมุ่งแก้ปัญหามากกว่าการลดอารมณ์ตั้งเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก ปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความพิการของผู้ป่วย และจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีผลทำให้ญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน

นภาพรณ์ แก้วภรณ์, 2533^[71] ศึกษาผลการงูใจญาติต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระพักพืน กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติซึ่งพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกและกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการงูใจจากผู้วิจัย กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการงูใจ พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระพัยพัักพืนของญาติและกลุ่มทดลองเปลี่ยนแปลงดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

จินะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2540^[72] ศึกษาผลการสอนและฝึกฝนทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนและฝึกฝนทักษะตามปกติจากพยาบาลประจำการ พบว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จอม สุวรรณโณ, 2540^[20] ศึกษาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ความสามารถโดยรวมของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับค่อนข้างดี มีการเรียนรู้จาก 2 วิธี คือ การเรียนรู้ด้วยตนเองและการเรียนรู้จากพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพอื่นอย่างเป็นระบบ พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแล ได้แก่ แรงงูใจ การมีเป้าหมายในการสังเกตและใช้เหตุผลคิดวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูล การมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพและการขอความช่วยเหลือ การได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค ความเจ็บป่วยและการดูแล การสนับสนุนจากญาติผู้ดูแลรายอื่น การสนับสนุนจากครอบครัว และการมีเวลาดูแลผู้ป่วย

สุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2541^[73] ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 1) กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้าน 2) การส่งเสริมการดูแลที่บ้าน 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล 4) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และ 5) ผลลัพธ์การดูแลโดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ครอบครัวร่วมรับรู้การเตรียมความพร้อม ความหวัง การช่วยเหลือของครอบครัว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระดับความต้องการการดูแล แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดัดแปลง/ปรับวิธีการดูแล และภาวะเศรษฐกิจ

ทิตยา ทิพย์สำเหนียก, 2543^[74] ศึกษาความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลจำนวน 100 ราย พบว่าผู้ดูแลรับรู้ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง รับรู้สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยในระดับสูง และมีความพึงพอใจในชีวิตระดับสูง ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พวงทอง เพชรโตน, 2547^[75] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเอง และความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของญาติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย และผู้ป่วยจำนวน 30 ราย โดยญาติผู้ดูแลได้รับการสร้างพลังตามกิจกรรมที่กำหนดขึ้นจากผู้วิจัย โดยใช้การสร้างพลังตามแนวของกิบสัน พบว่า ความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง และความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วย การดูแลสุขภาพ การจัดการภายในบ้าน การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การเสริมพลังทางจิตวิญญาณ การประคับประคองจิตใจ การให้ผู้ดูแลเรียนรู้ถึงความต้องการและเป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ทำความเข้าใจกับเป้าหมายของการฟื้นฟู โดยให้เกิดความสามารถในการจัดการกับปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการพัฒนาสุขภาพจิต ช่วยให้ผู้ดูแลเผชิญกับปัญหาและจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น

7.3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สื่อมัลติมีเดียสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

Fidika, A., et al., 2015^[76] ทำการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนทางจิตใจโดยสื่อเว็บไซต์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง เป็นการศึกษานำร่อง (pilot study) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้ปกครองจำนวน 20 คน โดยให้ดูสื่อผ่านทางเว็บไซต์ ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน ประเมินผลเป็นความวิตกกังวล ความกลัว ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต ประเมินก่อน หลังและติดตามผลอีก 3 เดือน จากการศึกษาพบว่า หลังจากผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางจิตใจโดยสื่อเว็บไซต์ มีคะแนนความวิตกกังวล ความกลัว ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

นิตยา อินทร์ภักษ์, 2551^[77] ทำการศึกษาผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแล

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 40 ราย ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์ประกอบไปด้วยสื่อวิถีทัศน์เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและคู่มือการดูแลสำหรับญาติ พบว่าการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลมีผลให้ระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

Eunice, C., 2013^[78] ทำการศึกษาผลของวิถีทัศน์สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บ ในผู้ป่วยจำนวน 99 ราย แบ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโดยสื่อวิถีทัศน์ และกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลแผนโดยสื่อวิถีทัศน์ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับวิถีทัศน์สุขภาพจิตศึกษามีทัศนคติ การจัดการความเครียด และความรู้ที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีการติดตามผลของโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 เดือนหลังจากให้โปรแกรม

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สื่อมีเดียสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่าการใช้สื่อมีเดียในการให้ความรู้ความเข้าใจและสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นอีกช่องทางที่ส่งผลต่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลลดลง มีทัศนคติ การจัดการความเครียด และความรู้ที่ดีขึ้น ประกอบกับจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ความเข้าใจในด้านการดูแลผู้ป่วยและการจัดการกับความเครียดของตนเอง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าว ด้วยการประเมินความเครียด โดยใช้สื่อมีเดียเพื่อสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

7.4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบสอบถามที่นำมาใช้ในการวิจัย

ศรรัตน์ คุ่มสิน, 2546^[13] ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจะได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้พลังสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยและคณะได้ใช้แบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress interview) ของซาริท^[47] ซึ่งได้สร้างแบบวัดนี้โดยดัดแปลงและพัฒนาจากแบบประเมินภาระของผู้ดูแล (burden interview) ผ่านการตรวจสอบความน่าเชื่อถือและใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

วิมลรัตน์ ลิ้มระนางกูรและคณะ, 2550^[79] ทำการศึกษาโครงการรูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ทำการศึกษาในบุคคลที่เป็นผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่สถาบัน

ประสาธิตวิทยานำจำนวน 160 ราย จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความรู้และทักษะในการดูแลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย การศึกษานี้ได้ใช้แบบประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยและแบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยและคณะได้สร้างขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญผู้ทรงคุณวุฒิและมีค่าความเที่ยงของการเก็บรวบรวมข้อมูล



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย (research methodology)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research study) ในรูปแบบสุ่ม (randomized controlled trials) ซึ่งการทดลองนี้เป็นแบบอำพรางฝ่ายเดียว (single-blinded experiment) คือมีการปกปิดผู้ช่วยงานวิจัยที่เป็นคนแจกแบบประเมิน ทำการประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยทำการประเมินก่อนและหลังการให้ intervention โดยแบ่งผู้เข้าร่วมงานวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยวิธีสุ่มจับฉลาก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียต่อการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร โดยเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ก่อน และหลังการให้โปรแกรม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (population and sample)

ประชากร (population) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (target population) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียด ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร

ประชากรตัวอย่าง (sample population) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียด ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติตาม inclusion criteria และไม่มีคุณสมบัติตาม exclusion criteria

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. สม่ครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. เป็นญาติหรือผู้ดูแลที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกคนอื่นๆ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันและวันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไป
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีปัญหาทางด้านการได้ยินหรือการมองเห็น สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

4. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
5. ผู้ป่วยที่ดูแล ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) และได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 3 เดือนนับถึงวันที่ประเมินครั้งแรก
6. ผู้ป่วยที่ดูแล ได้รับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับความสามารถมาก (mildly disabled) ถึงระดับความสามารถน้อยมาก (very severity disabled)
7. มีความเครียดในระดับต่ำ โดยใช้แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress interview) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลที่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย
2. ผู้ดูแลที่ไม่สมัครใจและไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. มีความเครียดในระดับปกติ ไม่มีความเครียดโดยคะแนนต่ำกว่า 21 คะแนน โดยใช้แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress interview)

2. ขนาดตัวอย่าง (sample size)

ใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างเปรียบเทียบอัตราส่วนระหว่างกลุ่มประชากร^{[80],[81]}

$$n/\text{group} = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2}$$

$$\sigma^2 = \text{pool variance} = \frac{(n_1 - 1)SD_1^2 + (n_2 - 1)SD_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษา

$Z_{\alpha/2}$ = ค่า z ที่ได้จากรางแจกแจงปกติเมื่อกำหนดความน่าจะเป็นที่จะเกิด type I error เท่ากับ 0.05 = 1.96

Z_{β} = ค่า z ที่ได้จากรางแจกแจงปกติเมื่อกำหนดความน่าจะเป็นที่จะเกิด type II error เท่ากับ 0.20 = 0.84

\bar{x}_1 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

\bar{x}_2 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

แทนค่าในสูตรโดยอ้างอิงจากงานวิจัยของสมบัติ น้ำดอกไม้, 2558^[82] ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล ใช้ค่า mean และ SD ของความเครียดในกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม ในการหาค่า σ^2 และค่า n

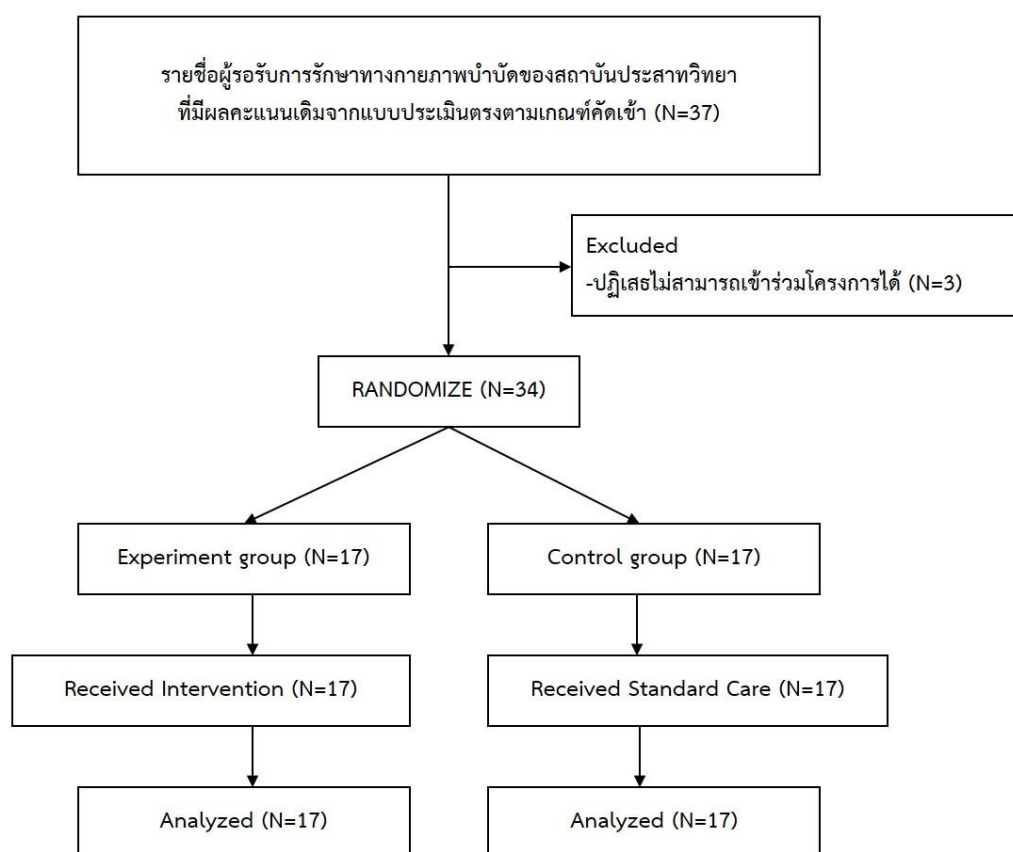
แทนค่า $Z_{\alpha/2} = 1.96$, $Z_{\beta} = 0.84$, $\sigma^2 = 193.13$, $\bar{x}_1 = 18.73$, $\bar{x}_2 = 33.73$

$$n = \frac{2 (1.96+0.84)^2 193.13}{(18.73 - 33.73)^2}$$

$$n = 13.45 \approx 14$$

ในการวิจัย ผู้วิจัยจะคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างซึ่งจะ drop out ระหว่างการทดลองด้วย ดังนั้นจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ 17 คน โดยรวมทั้ง 2 กลุ่ม จะได้จำนวน 34 คน

รูปที่ 2 แสดงขั้นตอนในการเก็บตัวอย่างงานวิจัย



3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

3.1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 6 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อมูลในแบบบันทึก

ด้วยตนเอง สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ปัญหาสุขภาพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การได้รับสุขภาพจิตศึกษาหรือการได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อมูลในแบบบันทึกด้วยตนเอง สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (the barthel index of activities of daily living)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress interview)

(ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบประเมิน และได้รับการอนุญาตเรียบร้อยแล้ว)

เป็นแบบสอบถามประเมินความเครียดของผู้ดูแลของซาริท (caregiver stress interview) โดยแบบสอบถามนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบบวัดนี้สร้างขึ้นโดยดัดแปลงและพัฒนาจากแบบสัมภาษณ์ภาระของผู้ดูแล (burden interview) ของซาริทและคณะ^[14] ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ศรีรัตน์ คัมสิน (2546)^[13] ซึ่งมีข้อคำถามเดิม 29 ข้อและนำมาดัดแปลงเหลือ 22 ข้อและได้มีการตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 คน ได้ค่าเที่ยงโดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .73 แต่ละข้อแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (rating scale) เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ ข้อความเป็นประจำให้ 4 คะแนน ค่อนข้างบ่อยให้ 3 คะแนน บางครั้งให้ 2 คะแนน เกือบไม่เคยให้ 1 คะแนน และไม่เคยให้ 0 คะแนน คะแนนรวมทั้งฉบับมีคะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 0-88 คะแนน กำหนดเกณฑ์การประเมินจากคะแนนรวมระดับคะแนนที่มาก แสดงว่ามีความเครียดมากกว่าระดับคะแนนที่น้อย โดยแบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ แบ่งช่วงคะแนนในแต่ละระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	0-20	หมายถึง ปกติไม่เกิดความเครียด
ช่วงคะแนน	21-40	หมายถึง มีความเครียดระดับต่ำ
ช่วงคะแนน	41-60	หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	61-88	หมายถึง มีความเครียดระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Self-esteem of caregiver of stroke patient)

(ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบประเมิน และได้รับการอนุญาตเรียบร้อยแล้ว)

เป็นแบบสอบถามประเมินความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบบสอบถามนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นโดยวิมล

รัตน์ ลิ้มระนางกูรและคณะ^[79] เป็นแบบประเมินที่ดัดแปลงจากแบบประเมินความคาดหวังของ Rosenberg's theory^[50] (Rosenberg's self-esteem theory) มาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการวิจัย จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่าของเรทติ้ง (rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ ข้อความเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ค่าคะแนนรวมที่ได้จากการประเมินความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน แปรผลโดยนำคะแนนรวมทุกข้อคำถามมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยพิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับ แปลความหมายของค่าคะแนน ดังนี้

- 45 - 50 หมายถึง มีความคาดหวังความสามารถในการดูแลผู้ป่วยดีมาก
- 35 - 44 หมายถึง มีความคาดหวังความสามารถในการดูแลผู้ป่วยดี
- 25 - 34 หมายถึง มีความคาดหวังความสามารถในการดูแลผู้ป่วยปานกลาง
- 15 - 24 หมายถึง มีความคาดหวังความสามารถในการดูแลผู้ป่วยน้อย
- 5 - 14 หมายถึง มีความคาดหวังความสามารถในการดูแลผู้ป่วยน้อยมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบประเมิน และได้รับการอนุญาตเรียบร้อยแล้ว)

เป็นแบบสอบถามประเมินความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบบสอบถามนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นโดยวิมลรัตน์ ลิ้มระนางกูรและคณะ^[79] เป็นแบบประเมินที่ดัดแปลงจากแบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเองของ Bandura's theory^[50] (Bandura's social learning theory) มาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการวิจัย จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่าของเรทติ้ง (rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ ข้อความเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ค่าคะแนนรวมที่ได้จากการประเมินความภาคภูมิใจในตนเอง จะมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน แปรผลโดยนำคะแนนรวมทุกข้อคำถามมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยพิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับ แปลความหมายของค่าคะแนน ดังนี้

- 45 -50 หมายถึง มีความภาคภูมิใจในตนเองดีมาก
- 35 - 44 หมายถึง มีความภาคภูมิใจในตนเองดี
- 25 - 34 หมายถึง มีความภาคภูมิใจในตนเองปานกลาง
- 15 - 24 หมายถึง มีความภาคภูมิใจในตนเองน้อย
- 5 - 14 หมายถึง มีความภาคภูมิใจในตนเองน้อยมาก

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมัลติมีเดียต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เป็นแบบสอบถามที่ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่าของเรทติ้ง (rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ ข้อความพึงพอใจอย่างมากให้ 5 คะแนน และไม่พึงพอใจ 1 คะแนน

3.2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบไปด้วย 1 ส่วน

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมัลติมีเดีย (media-based psychoeducation program)

เป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลจะได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของการเกิดความเครียด และวิธีการจัดการกับความเครียด โดยผู้วิจัยได้จัดทำออกมาในรูปแบบของสื่อมัลติมีเดียประเภทวีดิทัศน์ ตามแนวทางทฤษฎีปัญญาทางสังคมของ Bandura (1989)^[16] และตามแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984)^[17] เพื่อเป้าหมายในการลดความเครียดจากการทำหน้าที่ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้ความเข้าใจในการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึก การเผชิญความเครียดร่วมกับแนวคิดสาเหตุของความเครียดในผู้ดูแลที่พัฒนามาจากการประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความพิการต่างๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแลของ Steven H. Zarit and Judy M. Zarit^{[47],[83]} และแนวคิดสาเหตุความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลของ family caregiver alliance^[11] เพื่อลดความเครียดและรู้ถึงวิธีการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ที่ร่วมกันเก็บข้อมูลงานวิจัยประกอบไปด้วยผู้วิจัยที่มีบทบาทหลักในการเก็บข้อมูล คือผู้วิจัยซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัดและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เป็นนักกายภาพบำบัดเช่นกัน โดยหน้าที่หลักในการควบคุมการดำเนินโปรแกรมคือผู้วิจัย ส่วนผู้ช่วยวิจัยจะช่วยในการแจกแบบประเมินของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยที่ผู้ช่วยวิจัยจะไม่ทราบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมเป็นผู้แจกแบบประเมินตลอดการทำวิจัย

กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมรายบุคคล โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง รวมเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1.

การสร้างสัมพันธภาพ 2. การให้ความรู้และการป้องกันโรคแทรกซ้อน 3. การให้สุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมิเดีย

3.2.1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมิเดีย โดยจัดทำออกมาในประเภทวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวทางทฤษฎีปัญญาทางสังคมของ Bandura (1989)^[16] เป็นฐานแนวคิดในการสร้างสื่อมิเดีย และแนวคิดการจัดการกับความเครียด Lazarus & Folkman (1984)^[17] เป็นฐานแนวคิดในการลดความเครียดของผู้ดูแล มีแนวทางในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

3.2.1.1. ตัวแบบวีดิทัศน์ มีความยาวของสื่อวีดิทัศน์ 9 นาที มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือดังนี้

3.2.1.1.1. ศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการผลิตสื่อวีดิทัศน์

3.2.1.1.2. การสร้างตัวแบบ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำตัวแบบความสัมพันธ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบมากที่สุดจากสถิติข้อมูลงานเวชระเบียนของสถาบันประสาทวิทยา ในปี พ.ศ. 2559 พบว่าความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบมากที่สุดคือความสัมพันธ์ลูกสาวกับมารดา และภรรยา กับสามี โดยมีการนำเสนอเรื่องราวของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นและในการจัดการความเครียด โดยปกติเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเครียดจะแสดงพฤติกรรมต่างๆออกมาเพื่อต่อสู้กับความเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความสมดุลทางจิตใจ Lazarus & Folkman (1984)^[17] มีการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ดูแลจนมีความสามารถในการจัดการปัญหาความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลมีความมั่นใจในตนเองและภาคภูมิใจในตนเอง โดยมีวิธีการดังต่อไปนี้

- 1) ถ่ายทำในสถานที่ที่เป็นหอผู้ป่วยในที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู
- 2) ใช้การแสดงระหว่าง พยาบาล ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองตามบทบาทการกำกับการแสดงที่กำหนดไว้

3) นำเสนอข้อมูล

หมวดความรู้เกี่ยวกับตัวโรค

- ความเข้าใจเรื่องโรค
- ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หมวดความรู้เกี่ยวกับความเครียด

- ความเข้าใจในการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึก
- การดูแลตนเองทางด้านจิตใจเมื่อเผชิญกับความเครียด
- สาเหตุของความเครียดในผู้ดูแล

- การจัดการกับความเครียด โดยความเครียด เป็นกระบวนการจัดการที่เป็นขั้นตอน เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด โดยมีเป้าหมายเพื่อรักษาสมดุลระหว่างสิ่งเร้าความเครียดกับความความสามารถที่จะจัดการกับสิ่งนั้นภายใต้ทฤษฎีการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) โดยสิ่งเร้าจะมีความหมายอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ หรือการตีความของบุคคลโดยผ่านกระบวนการทางความคิด (cognitive process) ผลของการประเมินจะนำไปสู่การตอบสนองที่แตกต่างกัน Lazarus & Folkman(1984)^[17]

3.2.1.1.3. ดำเนินการสร้างตัวแบบ

1) ผู้วิจัยวางแผนเขียนบทชีวิตทัศน์ตามกระบวนการเรียนรู้จากตัวแบบชีวิตทัศน์โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้ด้วยการสังเกต เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความสนใจและตั้งใจดูสื่อชีวิตทัศน์ ทำให้เกิดกระบวนการตั้งใจและกระบวนการเก็บจำ

2) เขียนโครงเรื่องและเขียนบทสำหรับการถ่ายทำ (story board) โดยผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมัลติมีเดียตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984)^[17] สร้างขึ้นเพื่อเป้าหมายในการลดความเครียดจากการทำหน้าที่ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้ ความเข้าใจในการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึก การเผชิญ

ความเครียด มีเล่าเรื่องราวในแง่มุมทั้งทางกายภาพและความรู้สึกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง สถานการณ์ที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแล วิธีการจัดการความเครียด จนผู้ดูแลความเข้าใจในเรื่องราวที่ส่งผลให้เกิดความเครียด เกิดความมั่นใจและภาคภูมิใจในตนเอง สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพ

- 3) ถ่ายทอดบทวีดิทัศน์ และบอกถึงจุดประสงค์ของวีดิทัศน์แก่ผู้จัดทำสื่อวีดิทัศน์เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน
- 4) จัดเตรียมนักแสดง ชักซ้อมบท และนำวันถ่ายทำวีดิทัศน์
- 5) จัดเตรียมสถานที่ถ่ายทำและอุปกรณ์ประกอบฉาก และเริ่มถ่ายทำบันทึกเทปเป็นตอนๆ โดยจัดรูปแบบสถานการณ์ให้คล้ายจริงมากที่สุด
- 6) จัดเตรียมผู้บรรยายและชักซ้อมเนื้อหาบทบรรยาย
- 7) หลังถ่ายทำเสร็จแล้วนำภาพที่ได้มาตัดต่อให้สมบูรณ์ และบรรยายภาพประกอบ พร้อมบันทึกเสียงบรรยายและเสียงดนตรีตามเนื้อหาในภาพและบทวีดิทัศน์ จนได้วีดิทัศน์เสร็จสมบูรณ์

3.2.2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

- 3.2.2.1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำบทวีดิทัศน์ เรื่องสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและความครอบคลุมของเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในด้านเนื้อหาความรู้เรื่องพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง มีการเปลี่ยนคำว่าเส้นเลือดเป็นหลอดเลือดเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเข้าใจในความหมายชัดเจนมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์เพื่อหลีกเลี่ยงต่อความรู้สึกลบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ดูแล มีการแนะนำเรื่องแสง สี เสียงที่ใช้ร่วมกับเนื้อหาในการจัดการความเครียด หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทบทวนกับผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัย และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจึงดำเนินการสร้างสื่อวีดิทัศน์
- 3.2.2.2. ผู้วิจัยนำบทวีดิทัศน์และสื่อวีดิทัศน์ สุขภาพจิตศึกษาที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโสตทัศนศึกษา ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการผลิตสื่อวีดิทัศน์

ทัศน์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมตลอดจนขั้นตอนการถ่ายทำตัดต่อสื่อวีดิทัศน์จำนวน 1 ท่าน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มเติมเรื่องเพลงประกอบเพื่อให้สื่ออารมณ์ เสริมให้เนื้อหาที่มีความหมายได้ชัดเจน และปรับเสียงเพลงให้ดังเบาในแต่ละฉากตามช่วงของการสื่ออารมณ์ ผู้วิจัยจึงนำสื่อวีดิทัศน์ไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ ตามข้อคิดเห็น คำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3.2.2.3. ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ เรื่องสุขภาพจิตศึกษา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 3 ราย พบว่าผู้ดูแลเข้าใจเนื้อหาในบทวีดิทัศน์ สามารถสังเกตการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของตัวแบบในวีดิทัศน์ได้ชัดเจน ระยะเวลาที่ใช้เป็นไปตามที่กำหนด และสามารถนำไปใช้ดำเนินการวิจัยต่อไปได้

4. การรวบรวมข้อมูล (data collection)

4.1. ศึกษาจากเอกสาร

4.2. จัดทำหนังสือจากภาควิชา

4.3. ขอความยินยอม และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้โปรแกรมด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยงานวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลอีก 1 คน

4.3.1. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

- 1) ทำหนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยถึงคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล
- 2) เมื่อได้รับหนังสือผ่านการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ผู้วิจัยได้เข้าพบเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
- 3) ทำการสำรวจผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออกของการศึกษาวิจัย ขอความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยทำการอธิบายเกี่ยวกับ

รายละเอียดในงานวิจัย และให้เวลาผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้ใช้เวลาในการไตร่ตรองก่อนที่จะลงนามอย่างอิสระ

- 4) ผู้วิจัยแบ่งผู้เข้าร่วมงานวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยวิธีจับฉลาก (ใช้การสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็นประเภทการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย simple random sampling)
- 5) ผู้ที่เข้าร่วมงานวิจัยได้รับกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง/สัปดาห์ และหลังจากการทำกิจกรรมไปแล้ว 3 ครั้ง ผู้วิจัยทำการนัดหมายผู้เข้าร่วมการวิจัยเพื่อทำการประเมินเมื่อผ่านไป 4 สัปดาห์ รวมเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์โดยผู้วิจัยเป็นผู้เปิดสื่อมีเดียการให้สุขภาพจิตศึกษาให้แก่ผู้เข้าร่วมและผู้ช่วยงานวิจัยซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัดจำนวน 1 คน เป็นผู้ให้แบบประเมินตลอดการทำวิจัย โดยที่ผู้ช่วยงานวิจัยไม่ทราบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและขั้นตอนเกี่ยวกับการทำ

แบบสอบถาม และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทำแบบสอบถาม โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลในแบบบันทึกด้วยตนเอง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress interview) แบบประเมินความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยแบ่งเป็นเวลาการสร้างสัมพันธภาพในโปรแกรม 10 นาที และเวลาในการทำแบบประเมินอีก 20 นาที

ครั้งที่ 2 ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการให้ความรู้และการป้องกันโรคแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนักกายภาพบำบัดขณะที่พาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปทำการรักษาที่แผนกกายภาพบำบัด ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ครั้งที่ 3 ผู้เข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มควบคุมทำแบบประเมิน

ความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress interview) แบบประเมินความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ทำแบบประเมินด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาประมาณ 20 นาที และผู้เข้าร่วมการวิจัยที่อยู่ในกลุ่มทดลองได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมัลติมีเดียจากผู้วิจัย หลังจากชมสื่อสุขภาพจิตศึกษาผู้เข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มทดลองทำแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress interview) แบบประเมินความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้ระยะเวลาประมาณ 40 นาทีโดยแบ่งเป็นเวลาในการอธิบายรายละเอียดของสื่อและคู่มือสื่อประเภทวีดิทัศน์และเปิดโอกาสซักถามในส่วนที่ผู้ดูแลสงสัยรวม 20 นาที และ ทำการประเมิน 20 นาที

ครั้งที่ 4 หลังจากสิ้นสุดการให้โปรแกรมผู้วิจัยทำการนัดหมายผู้เข้าร่วมการวิจัยเพื่อทำการประเมินเมื่อผ่านไป 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายเกี่ยวกับการทำแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress interview) ,แบบประเมินความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง,แบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมัลติมีเดียต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาประมาณ 20 นาที โดยผู้ช่วยการวิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามและตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับคำถามในแบบสอบถามตลอดการดำเนินการวิจัย

- 4.4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์สำหรับนำมาคิดคำนวณทางสถิติ วิเคราะห์ และอภิปรายผลต่อไป

การเตรียมการขณะการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบสื่อเดียว

1. ผู้วิจัยเชิญผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้ามาในห้องเพื่อชมสื่อวีดิทัศน์ และวางสัมภาระไว้ที่ชั้นวางของที่มุมห้องเพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความตั้งใจและมีสมาธิในการรับชมสื่ออย่างแท้จริง โดยสถานที่ที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้เป็นห้องตรวจแพทย์ เป็นห้องปิด ไม่มีบุคคลอื่นรบกวนสมาธิของผู้เข้าร่วมวิจัยขณะชมสื่อ ภายในห้องมีเครื่องปรับอากาศ การระบายอากาศและแสงไฟที่เหมาะสม
2. ผู้วิจัยเชิญผู้เข้าร่วมการวิจัยนั่งในลงบนเก้าอี้ที่ได้มีการจัดเตรียมตำแหน่งไว้หน้าจอคอมพิวเตอร์เพื่อให้สะดวกต่อการรับชม โดยผู้วิจัยได้ทำการทดลองเปิดสื่อ เพื่อเตรียมความพร้อมด้านวีดิทัศน์และเสียงให้มีความดังที่เหมาะสม ได้ยินชัดเจน
3. เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยนั่งอยู่ในตำแหน่งที่จัดเตรียมแล้ว ผู้วิจัยทำการอธิบายถึงการใช้ระยะเวลาในการชมสื่อประมาณ 10 นาที และขณะที่ชมสื่อหากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความไม่สะดวกหรือปัญหาอะไร สามารถแจ้งผู้วิจัยได้ทันที โดยในห้องจะมีผู้วิจัยเป็นดูแลเรื่องสื่อวีดิทัศน์ และสภาพแวดล้อมในห้อง
4. ขณะที่ผู้เข้าร่วมวิจัยกำลังรับชมสื่อ ผู้วิจัยจะนั่งอยู่ทางด้านหลังเพื่อไม่ให้รบกวนสมาธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย
5. หลังจากชมสื่อวีดิทัศน์จบ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมซักถามถึงข้อสงสัยจากการดูสื่อเป็นเวลา 10 นาที
6. หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการออกจากห้อง และเชิญผู้เข้าร่วมวิจัยเข้ามาในห้องเพื่อทำการแจกแบบประเมิน

5. การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis)

ใช้โปรแกรม SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

- 5.1. สถิติเชิงพรรณนา อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 5.2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ independent sample t-test , Pearson Chi-square และทดสอบสมมติฐานโดยใช้ Mann-Whitney test ในการทดสอบสมมติฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

6. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (ethical consideration)

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) ต้องมีการแทรกแซงผู้เข้าร่วมงานวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงคำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัย 3 ข้อดังนี้

- 6.1. หลักความเคารพในบุคคล (respect for person) ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับข้อมูลจากผู้วิจัยอย่างครบถ้วน จนสามารถเข้าใจข้อมูลที่ได้รับอย่างสมบูรณ์เพียงพอสำหรับการตัดสินใจ และตัดสินใจอย่างอิสระในการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยโดยปราศจากการบังคับหรือการใช้อิทธิพล หรือการเชิญชวนใดๆครอบงำ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถควบคุมการเข้าถึงข้อมูลส่วนตัว และมีสิทธิ์เต็มที่ในการปฏิเสธหรือจำกัดการเข้าถึงข้อมูลเหล่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมงานวิจัยเป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในระหว่าง การวิจัย และผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากงานวิจัยได้
- 6.2. หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (beneficence/non-maleficence) ผู้เข้าร่วมงานวิจัยอาจจะมีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่มากกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน หรือ minimal risks เช่น การเสียเวลา การรู้สึกไม่สบายใจ แต่การเก็บข้อมูลจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหาย หรือมีผลกระทบต่อบุคคลหรือองค์กรที่อ้างถึง และหากพบว่ามีภาวะเครียดหรือภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรง ผู้วิจัยจะพิจารณาให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้ปรึกษากับจิตแพทย์ต่อไป
- 6.3. หลักยุติธรรม (justice) ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเป็นผู้ที่มีเชื้อชาติ ศาสนา หรือฐานะใดก็ได้ มีเกณฑ์การคัดเลือกอย่างชัดเจน มีการกระจายความเสี่ยง และมีการสุ่มตัวอย่างประชากรอย่างเท่าเทียม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

7. สถานที่ทำวิจัย (venue of the study)

สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร

8. การบริหารงานและตารางปฏิบัติงาน (administration and time schedule)

ตารางที่ 1 แสดงการบริหารงานและการปฏิบัติงาน

กำหนดระยะขั้นตอนการดำเนินงาน	2560											2561							
	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	
1.ขั้นเตรียมการ																			
1.1 ศึกษาเอกสารและวรรณกรรม	■	■																	
1.2 เขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์			■	■	■														
1.3 เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์						■													
1.4 ปรับปรุงแก้ไข							■	■	■										
2.ขั้นปฏิบัติการ																			
2.1 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว											■	■	■	■	■	■			
2.2 นำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์														■	■	■			
3.ขั้นสรุปผล																			
3.1 พิมพ์รายงาน																		■	■
3.2 เสนอวิทยานิพนธ์																			■



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research study) ในรูปแบบสุ่ม (randomized controlled trials) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมิเดียต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในและรับการรักษาทางกายภาพบำบัด ที่สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 17 คนและกลุ่มควบคุม 17 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแสดงค่าเฉลี่ย (mean) ร้อยละ (percentage) และความถี่ (frequency) โดยใช้สถิติ independent sample t-test, Pearson Chi-square และ Mann-Whitney test อันได้แก่

1.1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.2. ค่าคะแนนความเครียด คะแนนความคาดหวังและคะแนนความภาคภูมิใจในตนเองก่อนการบำบัด (baseline)

ส่วนที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและเปรียบเทียบค่าความแตกต่างเฉลี่ย (mean difference) ของคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังจบการบำบัด และเมื่อผ่านไป 1 เดือน โดยใช้สถิติ Mann-Whitney test

ส่วนที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและเปรียบเทียบค่าความแตกต่างเฉลี่ย (mean difference) ของคะแนนความคาดหวังและคะแนนความภาคภูมิใจในตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังจบการบำบัด และเมื่อผ่านไป 1 เดือน โดยใช้สถิติ Mann-Whitney test

ส่วนที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์คะแนนแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)

ส่วนที่ 1 : แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแสดงค่าเฉลี่ย (mean) ร้อยละ (percentage) และความถี่ (frequency) โดยใช้สถิติ independent sample t-test และ Pearson Chi-square

1.1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในกลุ่มทดลอง (n=17) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเป็นจำนวนร้อยละ 82.4 โดยมีอายุเฉลี่ย 51 ปี ซึ่งจัดอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย กลุ่มทดลองร้อยละ 64.7 มีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า อาชีพหลักโดยส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไป ข้าราชการ ธุรกิจส่วนตัวและเกษตรกรตามลำดับ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยร้อยละ 41.2 เป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย รองลงมาเป็นบิดามารดาของผู้ป่วย โดยมีรายได้รวมทั้งครอบครัวเฉลี่ย 29,294 บาท ส่วนใหญ่ร้อยละ 64.7 ไม่มีโรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 56 วัน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อสัปดาห์ส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วย 7 วันต่อสัปดาห์ และมีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 58.8 ของผู้ดูแลไม่มีภาระหน้าที่อื่นที่ต้องทำนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 52.9 การดูแลมีผลต่อการประกอบอาชีพทำงานได้น้อยลง ร้อยละ 58.8 การดูแลมีผลต่อการเข้าสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการเข้าสังคมได้น้อยลง ร้อยละ 47.1 ผลของการดูแลต่อสถานะการเงิน ส่งผลให้ความคล่องทางการเงินลดลง และร้อยละ 94.1 ของผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เป็นจำนวนร้อยละ 52.9 โดยมีอายุเฉลี่ย 56 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 88.2 มีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ระดับการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ร้อยละ 64.7 มีความสามารถในระดับปานกลาง

ในกลุ่มควบคุม (n=17) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นจำนวนร้อยละ 82.4 โดยมีอายุเฉลี่ย 55 ปี ซึ่งจัดอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย กลุ่มควบคุมร้อยละ 76.5 มีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า อาชีพหลักโดยส่วนใหญ่ทำธุรกิจส่วนตัว ข้าราชการ และเกษตรกร ตามลำดับ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยร้อยละ 41.2 เป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย รองลงมาเป็นบิดามารดาของผู้ป่วย โดยมีรายได้รวมทั้งครอบครัวเฉลี่ย 25,000 บาท ส่วนใหญ่ร้อยละ 76.5 ไม่มีโรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 59 วัน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อสัปดาห์ส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วย 7 วันต่อสัปดาห์ และมีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 82.4 มีภาระหน้าที่อื่นที่ต้องทำนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 64.7 การดูแลมีผลต่อการประกอบอาชีพทำงานได้น้อยลง ร้อยละ 58.8 การดูแลมีผลต่อการเข้าสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการเข้าสังคมได้น้อยลง ร้อยละ 58.8 ผลของการดูแลต่อสถานะการเงิน ส่งผลให้ความคล่องทางการเงินลดลง และร้อยละ 52.9 ของผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เป็นจำนวนร้อยละ 58.8 โดยมีอายุ

เฉลี่ย 61 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 76.5 มีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า ระดับการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ร้อยละ 47.1 มีความสามารถในระดับปานกลางและระดับน้อย

จากการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลทั้งในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P > 0.05$ ยกเว้นภาระหน้าที่อื่น ๆ ที่ผู้ดูแลต้องทำ นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง n = 17	กลุ่มควบคุม n = 17	Chi-square	t	P value
ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ดูแล					
เพศ					
ชาย	3 (17.6%)	3 (17.6%)	<0.001	-	1.000
หญิง	14 (82.4%)	14 (82.4%)			
อายุ					
mean (SD)	51.17 (10.05)	55.52 (11.74)	-	1.161	0.254
สถานภาพสมรส					
โสด	5 (29.4%)	3 (17.6%)	2.667	-	0.446
สมรส	11 (64.7%)	13 (76.5%)			
คู่สมรสเสียชีวิต	0 (0%)	1 (5.9%)			
แยกกันอยู่	1 (5.9%)	0 (0%)			
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า 5 (29.4%)		9 (52.9%)	7.029	-	0.134
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า 7 (41.2%)		3 (17.6%)			
อาชีวศึกษาหรือเทียบเท่า 2 (11.8%)		5 (29.4%)			
ปริญญาตรี	2 (11.8%)	0 (0%)			
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (5.9%)	0 (0%)			

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง n = 17	กลุ่มควบคุม n = 17	Chi-square	t	P value
อาชีพหลัก					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2 (11.8%)	2 (11.8%)	3.81	-	0.432
เกษตรกร/ ทำไร่/ทำนา	3 (17.6%)	4 (23.5%)			
รับจ้างทั่วไป	5 (29.4%)	1 (5.9%)			
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	3 (17.6%)	6 (35.3%)			
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4 (23.5%)	4 (23.5%)			
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					
เป็นบิดา/มารดาของผู้ป่วย	4 (23.5%)	5 (29.4%)	1.511	-	0.825
เป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วย	7 (41.2%)	7 (41.2%)			
เป็นปู่ย่า ตายายของผู้ป่วย	1 (5.9%)	0 (0%)			
เป็นพี่/น้องของผู้ป่วย	2 (11.8%)	3 (17.6%)			
เป็นบุตร	3 (17.6%)	2 (11.8%)			
รายได้ต่อเดือน (รายได้ของครอบครัวจากทุกแหล่งรวมกันที่เป็นตัวเงิน)					
mean (SD)	29,294(23,782)	25,000 (21,737)	-	-0.55	0.586
โรคประจำตัว					
ไม่มี	11 (64.7%)	13 (76.5%)	0.567	-	0.708
มี	6 (36.3%)	4 (23.5%)			
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย(วัน)					
mean (SD)	59.11 (25.14)	56.17 (22.66)	-	0.358	0.723
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อสัปดาห์					
3 – 4 วัน	0 (0%)	1 (5.9%)	1.278	-	0.528
5 – 6 วัน	4 (23.5%)	5 (29.4%)			
7 วัน	13 (76.5%)	11 (64.7%)			
ผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย					
ไม่มี	6 (35.3%)	6 (35.3%)	<0.001	-	1.000
มี	11 (64.7%)	11 (64.7%)			

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง n = 17	กลุ่มควบคุม n = 17	Chi-square	t	P value
ภาระหน้าที่อื่น ๆ ที่ต้องทำนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย					
ไม่มี	10 (58.8%)	3 (17.6%)	6.103	-	0.032*
มี	7 (41.2%)	14 (82.4%)			
ผลของการดูแลผู้ป่วยต่อการประกอบอาชีพ					
ไม่มีผลต่อการทำงาน	7 (41.2%)	3 (17.6%)	2.800	-	0.247
ทำงานได้น้อยลง	9 (52.9%)	11 (64.7%)			
ออกจากงานเดิม	1 (5.9%)	3 (17.6%)			
ผลของการดูแลผู้ป่วยต่อการเข้าสังคม					
ไม่มีผลต่อการเข้าสังคม	7 (41.2%)	4 (23.5%)	3.818	-	0.148
การเข้าสังคมน้อยลง	10 (58.8%)	10 (58.8%)			
ไม่สามารถเข้าสังคมได้	0 (0%)	3 (17.6%)			
ผลของการดูแลผู้ป่วยต่อสถานะการเงิน					
ไม่มีผลต่อสถานะการเงิน	8 (47.1%)	4 (23.5%)	3.192	-	0.203
ความคล่องการเงินลดลง	8 (47.1%)	9 (52.9%)			
มีผลกระทบต่อการเงิน	1 (5.9%)	4 (23.5%)			
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
ไม่เคย	16 (94.1%)	14 (82.4%)	1.133	-	0.601
เคย	1 (5.9%)	3 (17.6%)			
ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
เพศ					
ชาย	9 (52.9%)	10 (58.8%)	0.119	-	1
หญิง	8 (47.1%)	7 (41.2%)			
อายุ					
mean (SD)	61.70 (16.71)	56.05 (11.34)	-	-1.152	0.258

* $P < 0.05$

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง n = 17	กลุ่มควบคุม n = 17	Chi-square	t	P value
สถานภาพสมรส					
โสด	2 (11.8%)	4 (23.5%)	0.810	-	0.656
สมรส/อยู่ด้วยกัน	15 (88.2%)	13 (76.5%)			
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	7 (41.2%)	9 (52.9%)	2.250	-	0.325
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	8 (47.1%)	4 (23.5%)			
ปริญญาตรี	6 (17.6%)	4 (23.5%)			
ระดับการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel ADL)					
ความสามารถน้อย (25 - 45 คะแนน)	6 (35.3%)	8 (47.1%)	1.759	-	0.415
ความสามารถปานกลาง (50 - 70 คะแนน)	11 (64.7%)	8 (47.1%)			
ความสามารถมาก (75 - 95 คะแนน)	0 (0%)	1 (5.9%)			

2.1 ค่าคะแนนความเครียด คะแนนความคาดหวังความสามารถ และค่าคะแนนความภาคภูมิใจก่อนการบำบัด

ผลการวิเคราะห์คะแนนความเครียด (Caregivers Stress Interview), คะแนนความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแล (Self-esteem of caregiver of stroke patient) และคะแนนความภาคภูมิใจในตนเองในช่วงก่อนการให้การบำบัด (baseline) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสามารถดูภาพเปรียบเทียบได้ในตารางที่ 3

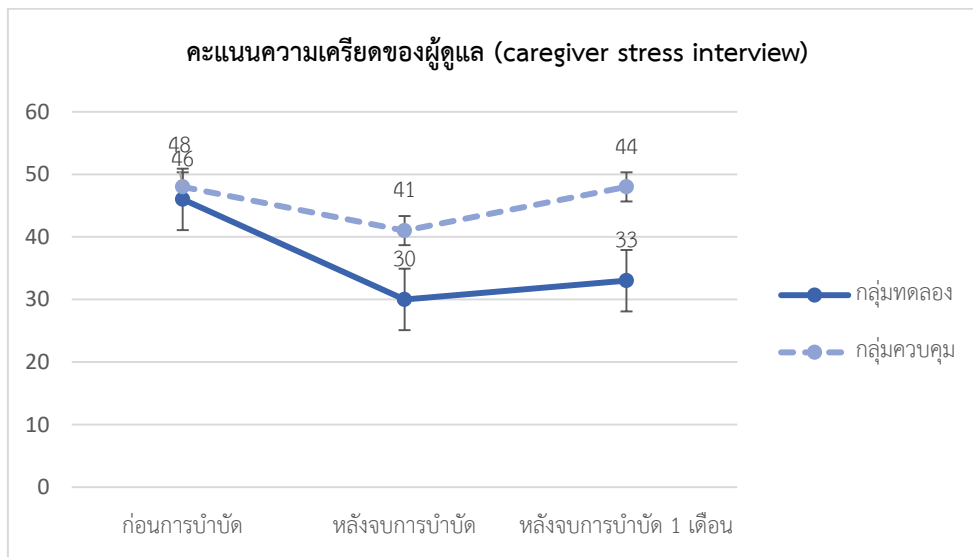
ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนก่อนการบำบัด (baseline) ความเครียด
คะแนนความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแล และคะแนนความภาคภูมิใจในตนเอง
โดยใช้สถิติ Mann-Whitney test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n = 17) mean(SD)	กลุ่มควบคุม(n = 17) mean(SD)	Mann- Whitney	P value
ความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress interview)	46.64 (9.71)	48.47 (8.12)	126.50	0.557
ความคาดหวังความ สามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย	30.23 (5.17)	29.82 (3.32)	137.50	0.808
ความภาคภูมิใจในตนเอง ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	30.52 (2.50)	30.35 (3.64)	129.00	0.870

ส่วนที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและเปรียบเทียบค่าความแตกต่างเฉลี่ย (mean
difference) ของคะแนนความเครียด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังจบการ
บำบัดและเมื่อผ่านไป 1 เดือน โดยใช้สถิติ Mann-Whitney test

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของค่าคะแนนความเครียดจากแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล
(caregiver stress interview) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการบำบัดพบว่าจะไม่มีความ
แตกต่างกันทางสถิติ แต่ค่าคะแนนความเครียดหลังจบการบำบัดและหลังจบการบำบัด 1 เดือนมี
ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ โดยค่าเฉลี่ยของความเครียดหลังจบการบำบัด
ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 30.05 ซึ่งมีความเครียดระดับต่ำ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.39 และกลุ่ม
ควบคุมค่าเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 41.64 ซึ่งมีความเครียดระดับปานกลาง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เท่ากับ 8.55 และในค่าเฉลี่ยของค่าคะแนนความเครียดหลังจบการบำบัด 1 เดือนค่าเฉลี่ยของ
ความเครียดหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 33.94 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำเช่นเดิม ค่าเบี่ยงเบน
มาตรฐานเท่ากับ 6.08 และกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 44.82 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ระดับปาน
กลาง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.48 โดยสามารถดูภาพเปรียบเทียบได้ในรูปที่ 3

รูปที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด (CSI) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนการบำบัด หลังจบการบำบัด และหลังจบการบำบัด 1 เดือน

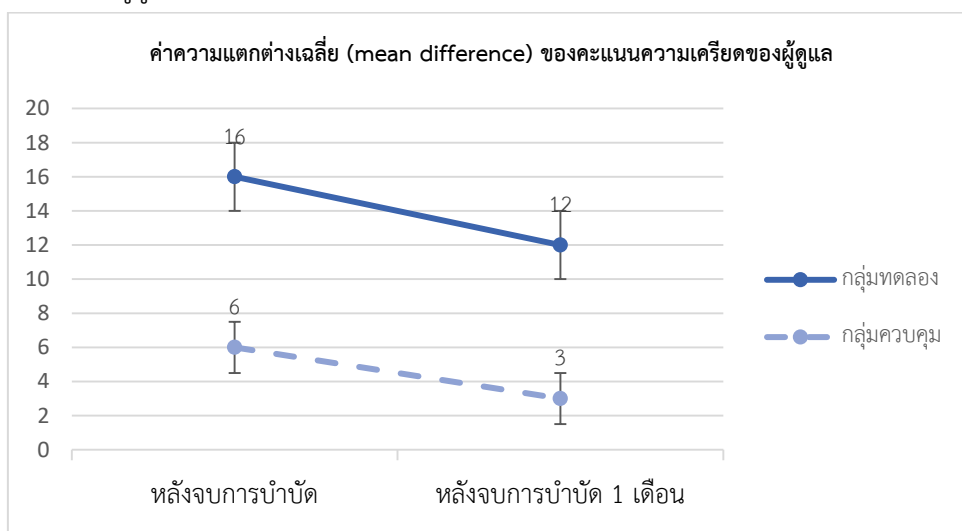


จากภาพที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด (CSI) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าในกลุ่มทดลองก่อนการบำบัดค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 46.64 หลังจบการบำบัดค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลงมาอยู่ที่ 30 และหลังจบการบำบัด 1 เดือนค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดอยู่ที่ 33.05 และหลังจบการบำบัด 1 เดือนค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด 33.94 ซึ่งลดลงมากกว่าในกลุ่มควบคุมที่ก่อนการบำบัดค่าเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 48.47 หลังจบการบำบัดค่าเฉลี่ยความเครียดปรับลดลงมาเล็กน้อยอยู่ที่ 41.64 และหลังจบการบำบัด 1 เดือนค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเพิ่มขึ้น 44.82 คะแนน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าความแตกต่างเฉลี่ยของค่าคะแนนความเครียด (mean difference) ก่อนและหลังจบการบำบัด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ โดยพบว่า ในกลุ่มทดลองหลังจบการบำบัดมีค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความเครียดลดลงมาอยู่ที่ 16 และหลังการบำบัด 1 เดือน มีค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความเครียดลดลงมาอยู่ที่ 12 ซึ่งลดลงมากกว่าในกลุ่มควบคุมที่หลังจบการบำบัดมีค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความเครียดอยู่ที่ 6 และหลังการบำบัด 1 เดือน มีค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความเครียดอยู่ที่ 3 สามารถดูภาพเปรียบเทียบได้ในรูปที่ 4

รูปที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างเฉลี่ย (mean difference) ของคะแนนความเครียดของผู้ดูแล



จากภาพที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างเฉลี่ย (mean difference) ของคะแนนความเครียดของผู้ดูแล (CSI) หลังจบการบำบัดและหลังการบำบัดเมื่อผ่านไป 1 เดือน พบว่า ในกลุ่มทดลองหลังจบการบำบัดมีค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความเครียดลดลงมากกว่าในกลุ่มควบคุม

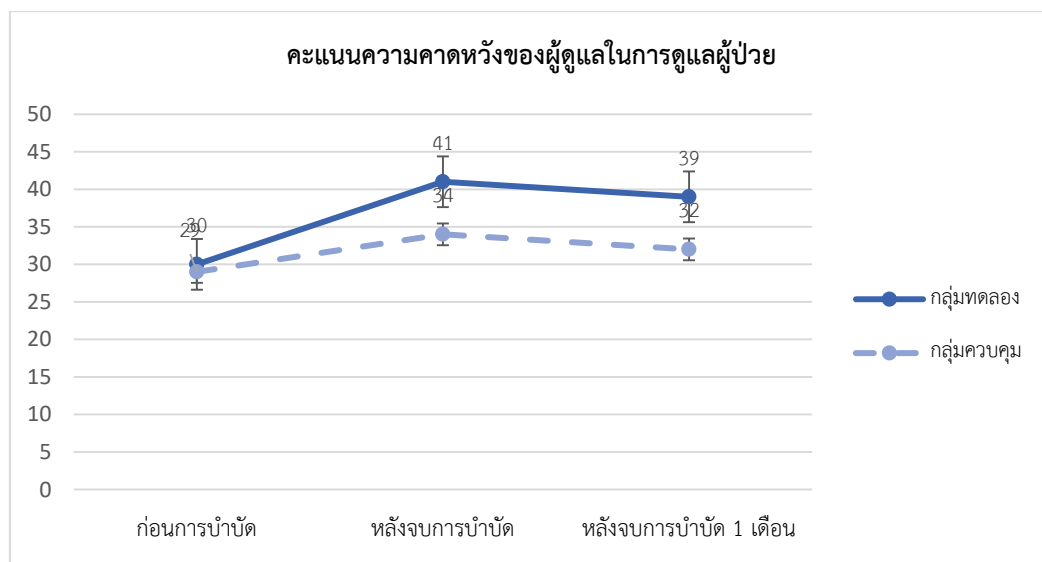
ส่วนที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและความภาคภูมิใจในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการบำบัดและเมื่อผ่านไป 1 เดือน

3.1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังจบการบำบัดและเมื่อผ่านไป 1 เดือน

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของค่าคะแนนความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย (Self-esteem of caregiver of stroke patient) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการบำบัดพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ และค่าคะแนนความคาดหวังของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยหลังจบการบำบัดและหลังการบำบัด 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ โดยค่าเฉลี่ยของความคาดหวังของผู้ดูแลหลังจบการบำบัดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 41.58 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.00 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้ดูแลเท่ากับ 34.35 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.46 และในค่าเฉลี่ยของค่าคะแนนความคาดหวังของผู้ดูแลหลังการบำบัด 1 เดือนค่าเฉลี่ยของความคาดหวังหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 39.35 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.22 และกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยความ

คาดหวังเท่ากับ 32.76 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.86 สามารถดูภาพเปรียบเทียบได้ในรูปที่ 5

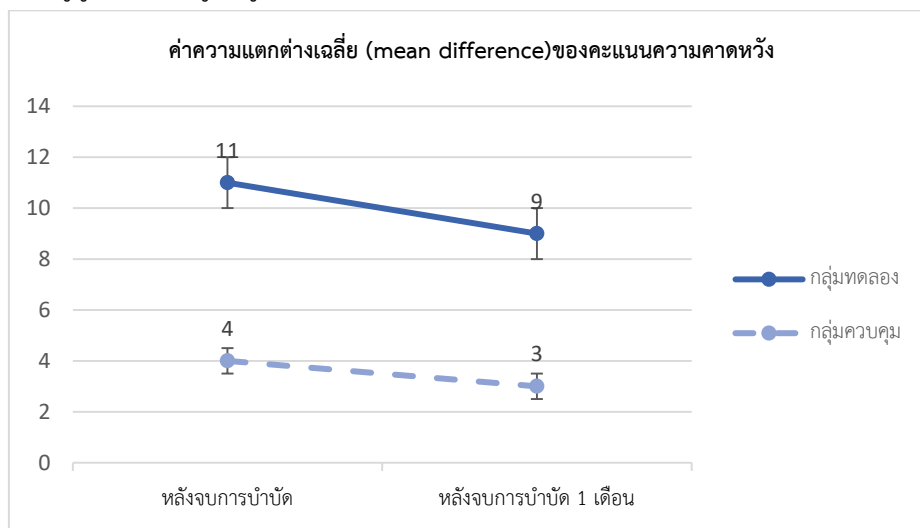
รูปที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนการบำบัด หลังจบการบำบัด และหลังจบการบำบัด 1 เดือน



จากภาพที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าในกลุ่มทดลองหลังจบการบำบัดค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังเพิ่มขึ้นมากกว่าในกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าความแตกต่างเฉลี่ยของค่าคะแนนความคาดหวังของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าความแตกต่างเฉลี่ยของความคาดหวังของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังจบการบำบัด กับค่าความแตกต่างเฉลี่ยของความคาดหวังก่อนและหลังจบการบำบัด 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ พบว่า ในกลุ่มทดลองหลังจบการบำบัดมีค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังเพิ่มขึ้นมาอยู่ที่ 11 และหลังการบำบัด 1 เดือน มีค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังเพิ่มขึ้นมาอยู่ที่ 9 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าในกลุ่มควบคุมที่หลังจบการบำบัดมีค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังอยู่ที่ 4 และหลังการบำบัด 1 เดือน มีค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังอยู่ที่ 3 สามารถดูภาพเปรียบเทียบได้ในรูปที่ 6

รูปที่ 6 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างเฉลี่ย (mean difference) ของคะแนนความคาดหวังของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

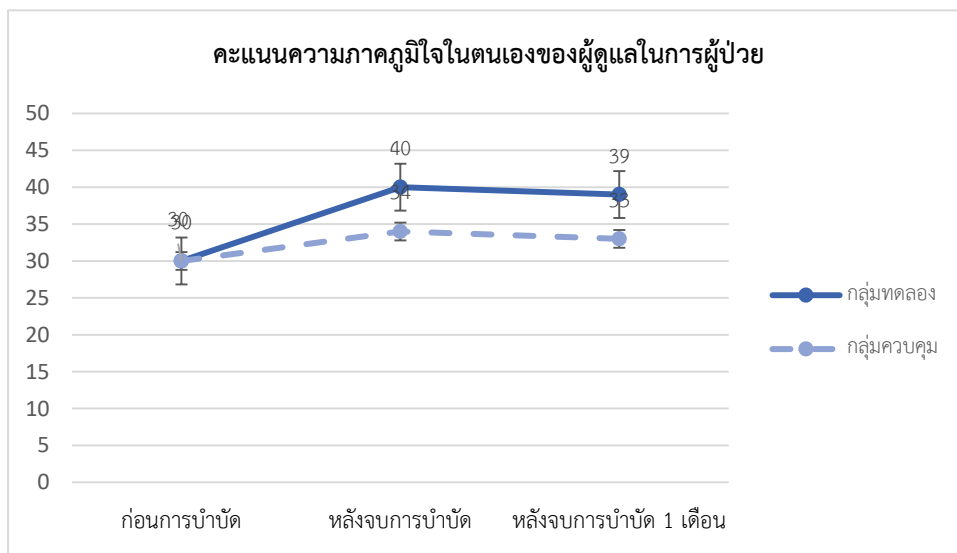


จากภาพที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างเฉลี่ย (mean difference) ของคะแนนความคาดหวังของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย หลังจบการบำบัดและหลังจบการบำบัดผ่านไป 1 เดือน พบว่า ในกลุ่มทดลองหลังจบการบำบัดมีค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังเพิ่มขึ้นมากกว่าในกลุ่มควบคุม

3.2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความภาคภูมิใจในตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังจบการบำบัดและเมื่อผ่านไป 1 เดือน

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของค่าคะแนนความภาคภูมิใจในตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการบำบัดพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ และค่าคะแนนความภาคภูมิใจในตนเอง หลังจบการบำบัดและหลังการบำบัด 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ โดยค่าเฉลี่ยของความภาคภูมิใจหลังจบการบำบัดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 40.94 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.21 และกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยความภาคภูมิใจเท่ากับ 34.17 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.55 และในค่าเฉลี่ยของค่าคะแนนความภาคภูมิใจ หลังการบำบัด 1 เดือนค่าเฉลี่ยของความภาคภูมิใจหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 39.29 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.86 และกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยความภาคภูมิใจเท่ากับ 33.17 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.36 สามารถดูภาพเปรียบเทียบได้ในรูปที่ 7

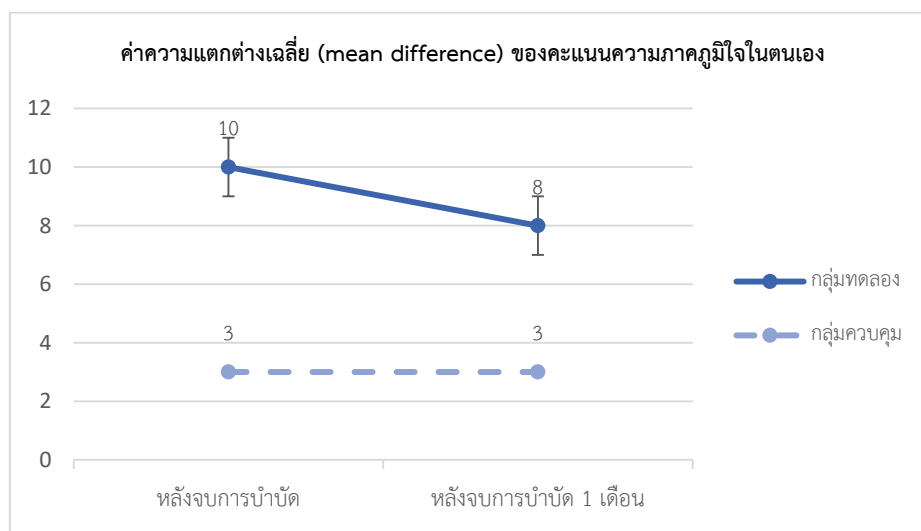
รูปที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความภาคภูมิใจในตนเอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนการบำบัดหลังจบการบำบัด และหลังการบำบัด 1 เดือน



จากภาพที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความภาคภูมิใจในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าในกลุ่มทดลองก่อนการบำบัดค่าเฉลี่ยคะแนนความภาคภูมิใจเท่ากับ 30 หลังจบการบำบัดค่าเฉลี่ยคะแนนความภาคภูมิใจเพิ่มขึ้นมากกว่าในกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าความแตกต่างเฉลี่ยของค่าคะแนนความภาคภูมิใจในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าความแตกต่างเฉลี่ยของความภาคภูมิใจในตนเองก่อนและหลังจบการบำบัด กับค่าความแตกต่างเฉลี่ยของความภาคภูมิใจในตนเองก่อนและหลังการบำบัด 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ พบว่า ในกลุ่มทดลองหลังจบการบำบัดมีค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความภาคภูมิใจเพิ่มขึ้นมาอยู่ที่ 10 และหลังการบำบัด 1 เดือน มีค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้นมาอยู่ที่ 8 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าในกลุ่มควบคุมที่หลังจบการบำบัดมีค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความภาคภูมิใจในตนเองอยู่ที่ 3 และหลังการบำบัด 1 เดือน มีค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความภาคภูมิใจในตนเองอยู่ที่ 3 สามารถดูภาพเปรียบเทียบได้ในรูปที่ 8

รูปที่ 8 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างเฉลี่ย (mean difference) ของคะแนนความภาคภูมิใจในตนเอง



จากภาพที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างเฉลี่ย (mean difference) ของคะแนนความภาคภูมิใจในตนเอง หลังจบการบำบัดและหลังการบำบัดเมื่อผ่านไป 1 เดือน พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความภาคภูมิใจเพิ่มขึ้นมากกว่าในกลุ่มควบคุม

ส่วน 4 ข้อมูลด้านความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์คะแนนแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา รูปแบบสื่อมิเดียสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อ	คำถาม	ความพึงพอใจมากที่สุด	ความพึงพอใจมาก	ความพึงพอใจปานกลาง	ความพึงพอใจน้อย	ความพึงพอใจน้อยที่สุด	Mean (SD)
1.	ด้านเนื้อหา	16 (94.1%)	1 (5.9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4.94 (0.24)
2.	ด้านการนำไปใช้ในการดำเนินชีวิต	16 (94.1%)	1 (5.9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4.94 (0.24)
3.	ด้านรูปแบบและภาพลักษณ์	15 (88.2%)	2 (11.8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4.88 (0.33)
4.	ด้านภาพรวมของโปรแกรม	15 (88.2%)	2 (11.8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4.88 (0.33)
5.	ด้านการตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัย	9 (52.9%)	8 (47.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4.52 (0.51)

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม พบว่า คะแนนความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด โดยด้านเนื้อหาค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.94 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.24 ด้านการนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตค่าเฉลี่ยคะแนน

เท่ากับ 4.94 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.24 ด้านรูปแบบและภาพลักษณ์ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.88 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.33 ด้านภาพรวมของโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.88 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.33 และด้านการตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัยค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.52 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.51



บทที่ 5

อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียต่อการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดหลังจบการบำบัดลดลง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Visser-Meily, Anne, et al., 2005^[69] ที่ได้ทำการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบซึ่งพบว่า การให้ความรู้การสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ประกอบไปด้วย ด้านการให้บริการเฉพาะทาง การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้การปรึกษา และการให้การสนับสนุนทางสังคม ให้ผลเชิงบวกที่ช่วยให้ผู้ดูแลเผชิญกับปัญหาและลดความเครียดได้ ซึ่งในการโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียของผู้วิจัยนี้ ได้มีการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง การให้สุขภาพจิตศึกษา และการให้การปรึกษาในรูปแบบการแนะแนวทางเมื่อเกิดปัญหา และ Van Daele, Tom, et al., 2012^[66] ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในโรคที่หลากหลาย ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นต้น พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาช่วยทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับความเครียดและวิธีการแก้ปัญหาซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี เกิดทักษะในการพัฒนาสุขภาพจิต สามารถจัดการกับปัญหาที่พบได้ดีขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในรูปแบบสื่อมีเดีย หากแต่มีการศึกษาการให้โปรแกรมต่างๆในรูปแบบสื่อมีเดียสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลที่ออกมาได้ผลเชิงบวกซึ่งสอดคล้องกับ นิตยา อินทร์เกษ, 2551^[77] ที่ศึกษาผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลมีผลให้ระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญและ Eunice, C., 2013^[78] ที่ทำการศึกษาผลของวิถีทัศน์สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บ ในกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโดยสื่อวิถีทัศน์ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับวิถีทัศน์สุขภาพจิตศึกษามีทัศนคติ การจัดการความเครียด และความรู้ที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีการติดตามผลของโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 เดือนหลังจากให้โปรแกรมซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้สุขภาพจิตศึกษา การให้ความรู้ความเข้าใจในรูปแบบสื่อมีเดียสามารถลดความเครียดในผู้ดูแลและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น และในการศึกษานี้มีการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ช่วยสะท้อนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ความสามารถของตนในการดูแล

ผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความคาดหวังความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลลิสต์น ลิ้มระนางกูรและคณะ, 2550^[79] ที่พบว่า หลังการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้ความรู้และทักษะในการดูแลมีความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้น

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมิเดียที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984)^[17] มีการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้ ความเข้าใจในการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึก การเผชิญความเครียด ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบถึงกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้เหมาะสม ทำให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง รวมถึงทำให้ทราบถึงแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยเหลือสนับสนุน ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น^[48] ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลลดลง และด้วยกระบวนการดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง ได้รับการฝึกความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วย การดูแลตนเองมีความรู้ที่เพียงพอต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล มองเห็นถึงปัญหา มีการรับรู้สาเหตุของความเครียดเกิดจากอะไร มีการปรับมุมมองและความคิดต่อปัญหาไปในทางบวก โดยมองปัญหาเป็นเรื่องที่สามารถแก้ไข และทำความเข้าใจกับปัญหาได้ การฝึกให้กำลังใจตนเอง และการได้รับข้อมูลจากแหล่งที่เป็นประโยชน์ ช่วยให้ผู้ดูแลมีการตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับคุณค่า ความต้องการ เป้าหมาย และแรงบันดาลใจในตนเอง ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างการกำหนดตนเอง อันจะเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลทางด้านสุขภาพและความผาสุก มีความรู้ทักษะ ทักษะคิด และการตระหนักรู้ในตนเองที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมแสดงออกของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต^[84] ผู้ดูแลจึงเกิดความมั่นใจในการดูแลและมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยได้ ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยหลังการบำบัดจึงลดลง

ในการนำเสนอข้อมูลสุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบสื่อมิเดียครั้งนี้ประกอบไปด้วย ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว แสง สีและเสียง ที่ช่วยในการกระตุ้นความสนใจของผู้ดูแล เพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของผู้ดูแลได้ดีกว่าการใช้สื่อการสอนเพียงอย่างเดียว รวมทั้งภาพและเสียงจะช่วยให้ความทรงจำหลังการเรียนรู้ได้นานกว่าการพูดหรือการแสดงภาพให้ดูเพียงอย่างเดียว^[85] สื่อมิเดียมีการแสดงภาพเคลื่อนไหวและเสียงประกอบที่เสมือนเหตุการณ์จริง จึงเหมาะกับเนื้อหาที่ผู้วิจัยต้องการจะสื่อ ช่วยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของเรื่องราวต่างๆ อารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้นได้ดี

นำมาประยุกต์กับการให้ข้อมูลสุขภาพจิตศึกษา ในด้านการให้ข้อมูลความรู้ก็มีความครอบคลุม มีการให้ข้อมูลความรู้ได้อย่างชัดเจน ครบถ้วน มีความเป็นมาตรฐานคงเดิมทุกครั้ง ซึ่งส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และจดจำได้มากขึ้น^[86] การให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แก่ผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและรู้ถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ วิธีการปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทำให้มีความเข้าใจ มั่นใจว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้^[87] การมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย การได้ข้อมูลรวมทั้งแหล่งความช่วยเหลือผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีทางเลือกในการแก้ปัญหา มีมุมมองที่ดีต่อผู้ป่วย มีการยอมรับให้ความสนใจ และเอาใจใส่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มีความพึงพอใจในตนเอง ยอมรับและนับถือว่าตนเองว่ามีคุณค่า มีความสำคัญ มีสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้ประสบผลสำเร็จได้ รวมทั้งการได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่นในสังคม มีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้ผู้ดูแลการเห็นคุณค่าในตนเอง ที่เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายใน ซึ่งแสดงถึงการยอมรับนับถือตนเอง^[88] และการได้รับสุขภาพจิตศึกษา ช่วยสะท้อนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตน^[89] คือ ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถที่ตนจะแสดงออกในระดับต่างๆ จะส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก หรือการตัดสินใจในการกระทำบางสิ่งบางอย่าง เป็นตัวกำหนดความพยายาม การตัดสินใจคงอยู่ นำไปสู่ความสำเร็จของแต่ละบุคคล นำมาประยุกต์ใช้โดยนำสิ่งที่เรียนรู้มาประยุกต์ในการปฏิบัติ ใช้ความรู้อะไรก็ได้มาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ตนดูแลอยู่ เมื่อผู้ดูแลเห็นความสามารถของตนในการดูแลผู้ป่วย เห็นประโยชน์ของสิ่งที่ตนกำลังกระทำอยู่ ยอมรับในข้อจำกัดของตนเอง รับรู้ถึงความสามารถของตนเท่าที่จะทำได้ ตระหนักถึงคุณค่าในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลจะมีการปฏิบัติตนเพื่อรักษาคุณค่าในตนเอง เกิดการพัฒนาตนเองทั้งทางด้านความรู้ ความรู้สึก และการปฏิบัติตน^[90] เป็นการเพิ่มมุมมองในเชิงบวกต่อคุณค่าของตนเองและความสำคัญของตนเองจึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีความภาคภูมิใจในตนเองที่เพิ่มขึ้น

จากการศึกษา ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมัลติมีเดียต่อความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งการศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองที่มีผลการศึกษาต่อผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อระดับความเครียด ระดับความคาดหวังความสามารถและความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งพบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมัลติมีเดียสามารถลดความเครียดของผู้ดูแล สามารถเพิ่มความคาดหวังความสามารถและความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลได้อีกด้วย และการศึกษานี้ได้ทำการประเมินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมัลติมีเดีย ในด้านความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับโปรแกรม อีกทั้งงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยที่มีการออกแบบงานวิจัย มีเกณฑ์คัดเข้า เกณฑ์คัดออก

และการแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน มีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสูตรคำนวณทางสถิติที่น่าเชื่อถือ มีการคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆและการดูแลหรือกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้รับซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการบำบัดได้

ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นสถาบันตติยภูมิ ซึ่งอาจจะไม่ใช่ตัวแทนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ซึ่งอาจจะมีลักษณะข้อมูลพื้นฐานที่แตกต่างออกไป ในด้านภาษาของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียมีการใช้ภาษาทางการ ที่อาจยากต่อการเข้าใจ และในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประเมินความเครียด ความคาดหวัง ความสามารถและความภูมิใจในตนเองหลังการบำบัดได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (expected benefit and application)

1. เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยสุขภาพจิตศึกษา
2. เพื่อส่งเสริมให้มีการให้สุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดีย
3. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาเรื่องความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง เพื่อติดตามผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดีย โดยติดตามความเครียดของผู้ดูแล ความคาดหวังความสามารถและความภูมิใจในตนเองเป็นระยะเวลาตามความเหมาะสม เพื่อความดำรงอยู่ของผลลัพธ์ที่มีต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว
2. ควรมีการศึกษาความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่นๆ เพื่อเป็นการขยายองค์ความรู้ทางการวิจัยนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น
3. ควรมีการปรับภาษาเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่นำไปใช้ เช่น ประชากรผู้ดูแลในชุมชนหรือ ผู้ดูแลต่างภูมิภาคอื่นๆ

รายการอ้างอิง

1. Roth EJ HR. Rehabilitation of stroke syndrome. Physical medicine and rehabilitation 1996: 117-60.
2. สุขเจริญ ด้วงไชย. Neuropsychiatric Aspects of stroke. In: นิจศรี ชาญณรงค์, editor. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. 229-47: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
3. ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์. ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549.
4. อรุณี ชุนหบดี, ธิดารัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา, สุนทรีภรณ์ ทองไสย. ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2556 24 (1): 1-9.
5. ภรภัทร อิมโอธู. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2550.
6. เชิดชาย ชยวิฑโฒ. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. Medical Journal วารสารแพทย์เขต 4-5 2016 35 (1): 14-27.
7. Carnwath T, Johnson D. Psychiatric morbidity among spouses of patients with stroke. Br Med J (Clin Res Ed) 1987 294 (6569): 409-11.
8. Carod-Artal FJ, Egado JA. Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. Cerebrovascular diseases 2009 27 (Suppl. 1): 204-14.
9. Cameron JI, Cheung AM, Streiner DL, Coyte PC, Stewart DE. Stroke survivors' behavioral and psychologic symptoms are associated with informal caregivers' experiences of depression. Archives of physical medicine and rehabilitation 2006 87 (2): 177-83.
10. van Heugten C, Visser-Meily A, Post M, Lindeman E. Care for carers of stroke patients: evidence-based clinical practice guidelines. Journal of Rehabilitation Medicine 2006 38 (3): 153-8.

11. Family Caregiver Alliance [FCA]. Caregiver health. 2006, อ้างถึงใน สมบัติ น้ำดอกไม้. ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแล สุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2558.
12. รุจา ภูไพบูลย์. การพยาบาลครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: วิเจพรีนติ้ง, 2541.
13. ศรีรัตน์ คุ่มสิน. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และ ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2546.
14. Zarit SH, Reever, K.E., & Bach, P.J. . Relatives of the impaired elderly : Correlates of feeling of burden. Gerontologist. 649-55.1980.
15. พนิดตา ศรีหาค้าง, ศิริพันธ์ สาส์ตย์. ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลตำรวจ (JOURNAL OF THE POLICE NURSES) 2016 8 (1): 1-10.
16. Bandura A. Human agency in social cognitive theory. American psychologist 1989 44 (9): 1175.
17. Lazarus R. & FS. Stress Approval and Coping. . 1984.
18. นิพนธ์ พวงวรินทร์. โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2544.
19. กิ่งแก้ว ปาจริย์. การฟื้นฟูสมรรถผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ 2547: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
20. จอม สุวรรณโณ. ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
21. Nunley BL, Hall LA, Rowles GD. Effects of quality of dyadic Relationships on the psychological well-being of elderly care-recipients. Journal of Gerontological Nursing 2000 (December): 23-31.
22. Hafsteinsdottir TB, Gryphonck M. Being a stroke patient : A review of the Literature. Journal of Advaned Nursing 1997 26: 580-88.
23. ฟาริดา อิบราฮิม. ปัญหาผู้ป่วยระบบประสาททางอายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ: ธนาเพรสแอนด์กราฟฟิคการพิมพ์, 2542.

24. อรพรรณ ทองแดง. Depression in Stroke. โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2544.
25. Rambo BJ. Assessment & Intervention. Philadelphia: Saunders, 1984.
26. Robinson GR. The clinical neuropsychiatry of stroke. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
27. Carod-Artal J, Egado, J. A., Ganzalez, J. L., & Seijas, V. (2000). Quality of life among Stroke survivors evaluated 1 year after stroke experience of a stroke unit. Stroke, 31, 2995-3000.
28. Orem D. Nursing. St. Louis: Mosby Year Book, 1991.
29. Taylor S. An Interpretation of Family within Orem's Theory of Nursing. Nursing Science Quality 1998 2 (3): 131-7.
30. Dennis M, O'Rourke S, Lewis S, Sharpe M, Warlow C. A Quantitative Study Of the emotional outcome of people caring for stroke survivors. Stroke 1998 29 (September): 1867-72.
31. Devis LL. Building a science of caring for caregivers. Family & Community Health 1992 15 (2): 1-9.
32. Brereton L. Preparation for family care-giving stroke. Journal of Clinical Nursing 1997 6 (November): 425-34.
33. ศิริพันธ์ สาสัติย์. การประชุมวิชาการ prevention and remedies of disability. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย., 2544.
34. พรชัย จุลเมตต์, ยุพิน ถนันทวิชย์. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ 2544 1 (ม.ค.-เม.ย. 2544): 32-46.
35. Given BA, Given CW. Family caregiver for the elderly. Annal Review of Nursing Research 1991 9 (4): 77-101.
36. Kane RL, Kane RA. Assessing older person. New York: Oxford University Press, 2000.
37. ฟาริดา อิบราฮิม. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์, 2539.
38. สุดารัตน์ เรียบเลิศหิรัญ. ผลของโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557.

39. Pearlin LI, Mullan JT, Semple JT, Skaff MM. Caregiving and the stress process : An overview of concepts and their measures. Gerontologist. 1990 30: 583-94.
40. นันทพร ศรีนิ่ม. ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2545.
41. สุชีรา ตั้งตระกูล. การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความไว้วางใจในผู้ป่วยสตรีโรค. ศรีนครินทร์เวชสาร 2538.
42. ดุสิต จันทยานนท์และคณะ. ทัศนคติและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2554 1 (1): 58-65.
43. รุจา ภูไพบูลย์. การดูแลสุขภาพที่บ้าน : แนวคิดพื้นฐานสำหรับอนาคต. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2537 43 (4): 210-7.
44. วิไล สุรสากร. การเผชิญความเครียดและปัจจัยทำนายความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาต. 2549.
45. ปองลดดา พรหมจันทร์. วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
46. ศรีรัตนา ศุภพิทยากุล. ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความทนทานพฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิตกับระดับความเครียดของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
47. Zarit SH. The Memory and Behavior Problems Checklist and the Burden Interview. 1990, อ้างถึงในชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, วรรณรัตน์ ลาวัง. การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา, 2555.
48. พาสินี แจ่มจำ. ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2559.
49. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

50. Bandura A. Cognitive Therapy and Research. 1977, อ้างถึงในวิมลรัตน์ ลิ้มระนางกูร และคณะ. โครงการรูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550.
51. Bandura A. A social cognitive theory. NY.: Prentice-Hall, 1986.
52. สมหญิง เจริญจิตกรรม. เทคโนโลยีทางการศึกษาเบื้องต้น. นครปฐม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์, 2529.
53. วิภา อุดมฉันท. การผลิตสื่อโทรทัศน์และสื่อคอมพิวเตอร์ กระบวนการสร้างสรรค์และเทคนิคการผลิต. กรุงเทพฯ: บัคพอยท์, 2544.
54. สันทัต ภิบาลสุข. การใช้สื่อการสอน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พีระพัฒนา, 2538.
55. สุदारัตน์ หนูหอม. อิทธิพลของเขาวัวอารมณ์ที่มีต่อความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของพยาบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2544.
56. เชิดชาย ชยวัชโฒ. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. Medical Journal-วารสารแพทย์เขต 4-5 2559 35 (ม.ค.-มี.ค 2559): 14-27.
57. ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, สมนึก สกกุลหงส์โสภณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. รามาทิบัติพยาบาลสาร (Ramathibodi Nursing Journal). 2557 20 (1): 82-96.
58. เยวาลักษณ์ โพธิดารา. ปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2557 37 (ก.ค.-ก.ย. 2557): 46-55.
59. ธีรนุช ห่านิรัตติย์ ปแ. การรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2556 ปีที่ 21 (ฉบับที่ 7 (ฉบับพิเศษ) 2556): 634-9.
60. Rigby H, Gubitz G, Phillips S. A systematic review of caregiver burden following stroke. International Journal of Stroke 2009 4 (4): 285-92.
61. Jullmate P, Thanatwanich Y. Stress and coping of caregivers of stroke patients. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2001 9: 32-46.
62. Karen L, Steven Z. Formal and informal support: the great divide. International Journal of Geriatric Psychiatry 1999 14 (3): 183-92.
63. สุนิย์รัตน์ บุญศิลป์, กุลธิดา พานิชกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 2559 22 (พ.ค.-ส.ค. 2559).

64. Cameron JI, O'Connell C, Foley N, Salter K, Booth R, Boyle R, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Managing transitions of care following Stroke, Guidelines Update 2016. International Journal of Stroke 2016 11 (7): 807-22.
65. Ahmed WAM, El-Amin EIS, Ahmed RG, Alostaz ZM, Khalid KE. Health Education Module for Stroke Caregivers. Journal of Neurological Disorders 2015.
66. Van Daele T, Hermans D, Van Audenhove C, Van den Bergh O. Stress reduction through psychoeducation: a meta-analytic review. Health Education & Behavior 2012 39 (4): 474-85.
67. Martín-Carrasco M, Martín MF, Valero CP, Millán PR, García CI, Montalbán SR, et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. International journal of geriatric psychiatry 2009 24 (5): 489-99.
68. Ilse IB, Feys H, De Wit L, Putman K, De Weerd W. Stroke caregivers' strain: prevalence and determinants in the first six months after stroke. Disability and Rehabilitation 2008 30 (7): 523-30.
69. Visser-Meily A, van Heugten C, Post M, Schepers V, Lindeman E. Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review. Patient education and counseling 2005 56 (3): 257-67.
70. นิตยา สุทธยากร. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
71. นภาพรณ แก้วกรรณ. ผลการจูงใจญาติต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
72. จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ. ผลการสอนและฝึกฝนทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
73. สุดศิริ หิรัญชุนหะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

74. ทิตยา ทิพย์สำเหนียก. ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
75. พวงทอง เพชรโทน. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังความสามารถในการดูแลผู้ป่วยความเชื่อในความสามารถตนเอง และความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองของญาติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.
76. Fidika A, Herle M, Lehmann C, Weiss C, Knaevelsrud C, Goldbeck L. A web-based psychological support program for caregivers of children with cystic fibrosis: a pilot study. Health and quality of life outcomes 2015 13 (1): 11.
77. นิตยา อินทร์กษ. ผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.
78. Eunice C. Randomized controlled trial of a psychoeducational video intervention for traumatic injury survivors. Journal of Traumatic Stress Disorders & Treatment 2013.
79. วิมลรัตน์ ลิ้มระนางกูรและคณะ. โครงการรูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550.
80. Bernard R. Fundamentals of biostatistics2000.
81. Ngamjarus C., Chongsuvivatwong V. n4Studies: Sample size and power calculations for android. The Thailand Research Fund&Prince of Songkla University 2014 The Royal Golden Jubilee Ph.D. Program.
82. สมบัติ น้ำดอกไม้. ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแล สุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 2558 24 (1): 27-38.
83. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers. 1986, อ้างถึงในชนัญชิตาตุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, วรณรัตน์ ลาวัจ. การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา, 2555.
84. Funnell MMea. Empowerment: An Idea Whose Time Has Come In Diabetes Education. The Diabetes Education 1991 17 (1): 37-41.

85. Hoffmann KK, & Clontz EP. Hospital epidemiology and infection control 1996.
86. กิดานันท์ มลิทอง. เทคโนโลยีการศึกษาและนวัตกรรม. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาโสตทัศนศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
87. Yamashita M. Study of how families care for mental ill relatives in Japan. International Nursing Review 1996 43 (4): 121-5.
88. Rosenberg, Leonard I. Social class and self-esteem among children and adults. American Journal of sociology 1978: 53-7.
89. Montgomery RJV, Gonyea JG, & Hooyman NR. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relations 1985 34 (4): 19-26.
90. Bandura A. Principle of Behavior Modification. 1969. New York: Holt, Rinehart and Winston.





ภาคผนวก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แนวทางสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Media-based psychoeducation program on stress for caregivers of stroke patients.

ภาพ/ฉาก	คำบรรยาย/เสียง
<p>Scene 1</p> 	<p>ผู้ป่วย : ฉันเป็นโรคหลอดเลือดสมองค่ะ ร่างกายของชั้นอ่อนแรงทางซีกขวา ทั้งแขนและขาไม่สามารถขยับได้ การรับรู้ความรู้สึกก็ไม่เหมือนเดิมมันชาๆมันหนๆ</p>
<p>Scene 2</p> 	<p>ผู้ป่วย : ฉันอยากจะลุกขึ้นยืน แต่ก็ไม่สามารถทำได้ จะทำอะไรก็ต้องพึ่งลูกสาวให้คอยช่วยอยู่เสมอ ทุกคนบอกให้ฉันพยายามทำ ให้ออกแรงอีก ทำอีก ฉันก็พยายามแล้ว แต่มันทำไม่ได้ มันยกไม่ขึ้น ร่างกายมันไม่ทำตามใจสั่ง</p>
<p>Scene 3</p> 	<p>ผู้ป่วย : ฉันเสียใจ ทำไมโรคนี้ต้องมาเกิดขึ้นกับฉัน บางทีตื่นมาอยากให้มันเป็นแค่ฝันไป อยากตื่นมาแล้วขยับได้เหมือนแต่ก่อน อยากเดินไปตลาด อยากทำอาหารดูแลเรื่องกับข้าว เรื่องงานบ้านให้ลูกๆเหมือนเดิม ตอนนี้เรากลายเป็นภาระให้เขา ดูแล ฉันไม่อยากเป็นภาระให้ครอบครัว ไม่อยากทำให้เขาเหนื่อย</p>
<p>Scene 4</p> 	<p>ผู้ป่วย : ตอนนี้ก็ jadwal ประจำวันทุกอย่างก็ต้องให้ลูกเค้าช่วยนี้แหละค่ะ ตั้งแต่กินข้าว อาบน้ำ ทำกายภาพบำบัด เค้าเป็นคนดูแลทุกอย่างเลย</p>

<p>Scene 5</p> 	<p>ผู้ดูแล: หน้าทีหลักๆเป็นคนดูแลคุณแม่ค่ะ ก็ตั้งแต่ตื่นเช้ามาก็เช็ดตัว เตรียมอาหารให้ ป้อนข้าว แต่งตัว เตรียมลงไปทำกายภาพบำบัด ทำกิจกรรมบำบัด ฝึกพูด ลงไปดูขั้นตอนการทำเอามาฝึกเองตอนเย็น ก็วันทั้งวันก็อยู่กับคุณแม่ตลอด</p>
<p>Scene 6</p> 	<p>ผู้ดูแล: ตอนที่รู้ว่าคุณแม่เป็นก็ตกใจมาก เราเองก็ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลคนป่วยมาก่อนนี่เป็นครั้งแรกเลย ต้องหยุดงานมาเพื่อดูแลท่าน stroke เคยได้ยินแต่ไม่เคยรู้ว่ามันจะส่งผลกระทบต่อร่างกายขนาดนี้</p>
<p>Scene 7</p> 	<p>ผู้ดูแล: เราก็คงไม่รู้จะทำยังไง ได้แต่ดูหมอ ดูพยาบาล คุณนักร่างกายเขาทำกันพอเราลองมาทำให้แม่เองมันก็ไม่เหมือนกับที่เขาทำให้ ไม่รู้ว่าถูกรึเปล่า กลัวว่าที่ทำให้คุณแม่มันไม่ถูกแล้วจะส่งผลเสียอะไรกับท่านรึเปล่า อยากทำให้เก่งกว่านี้</p>
<p>Scene 8</p> 	<p>ผู้ดูแล : เคยลองทำเองอยู่ครั้งนึง ตอนแรกคุณแม่เขาอยากลุกขึ้นยืนเองค่ะ ลองประคองช่วยกันสองคนก็ลุกไม่ขึ้น ขายังไม่มีแรงเหยียบก็ลื่น เกือบจะล้ม คุณแม่ตกใจมาก เราก็ตกใจ ไม่กล้าลองยืนเองอีกเลย กลัวจะทำท่านล้ม</p>
<p>Scene 9</p> 	<p>ผู้ดูแล : แต่ก็มีอยู่วันนึง พี่นักร่างกายเค้าสอนวิธีการจับคุณแม่ลุกขึ้นยืนโดยให้ข้างที่มีแรงจับไม่ไหวไว้ตอนยืนเพื่อเราจะได้พาคุณแม่ลุกขึ้นยืนตอนเสาร์อาทิตย์ที่โรงพยาบาลปิด เค้าเอาเข้าช่วยดันเข้าคุณแม่ และเอามือช่วยจับตรงขอบกางเกง ดูคุณแม่ลุกขึ้นง่ายมากปลอดภัย ดีมากๆเลย</p>

<p>Scene 10</p>  <p>The infographic shows a brain with a yellow circle highlighting a portion. Text in Thai and English reads 'ภาวะสมองขาดเลือด' and 'Ischemic Stroke'.</p>	<p>เสียงบรรยาย : โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่ปัจจุบันพบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น ก่อให้เกิดการสูญเสียการทำงานของระบบประสาท ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ สูญเสียการสั่งงานหรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย การรับรู้ความรู้สึก สมรรถภาพทางสมอง สมรรถภาพทางภาษา การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถ และพิการ</p>
<p>Scene 11</p>  <p>The illustration shows a person's head with a brain diagram. A circular inset shows a cross-section of a blood vessel with a red clot inside.</p>	<p>เสียงบรรยาย : การที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆได้เอง นอกจากปัญหาความบกพร่องทางร่างกายแล้วในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การเข้าสังคม เป็นอุปสรรคสำคัญในการฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วย</p>
<p>Scene 12</p>  <p>The photo shows a person's hand resting on a green hospital bed, illustrating a physical impairment.</p>	<p>เสียงบรรยาย : ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายมักมีผลกระทบต่อด้านจิตใจร่วมด้วย เกิดจากการสูญเสียความสามารถในการควบคุมร่างกาย ความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน ยอมรับภายลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง สูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายในบางส่วน และการสูญเสียความภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้มีอารมณ์ที่ตอบสนองเป็นความเสียใจ</p>

<p>Scene 13</p> 	<p>เสียงบรรยาย : อาการแสดงด้านจิตใจที่พบบ่อย ได้แก่ความเครียด ผู้ป่วยมักเกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย รวมทั้งการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นก็ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ ,ความวิตกกังวล มีความกลัวต่อโรคที่ตนเองเป็น และความรู้สึกไม่แน่นอน , ความก้าวร้าว อาจมีการพูดคำพูดที่รุนแรงต่อบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ หรือ ปฏิเสธการช่วยเหลือของผู้อื่น</p>
<p>Scene 14</p> 	<p>เสียงบรรยาย : บางคนมีภาวะซึมเศร้า มีการทำกิจกรรมการเข้าสังคมลดลง ผู้ป่วยรู้สึกอายที่ตนเองพิการและเจ็บป่วย จึงทำให้ไม่อยากเข้าสังคม มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า ไม่สามารถรับผิดชอบสิ่งต่างๆได้เหมือนเดิม</p>
<p>Scene 15</p> 	<p>พยาบาล : การดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องที่สามารถฝึกได้ค่ะ เมื่อผู้ดูแลมีการฝึกและได้รับความรู้ที่ถูกต้องจากแพทย์ พยาบาลหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเมื่อทำการฝึกฝนจนเกิดทักษะ การดูแลผู้ป่วยก็เป็นเรื่องที่ทำได้ ไม่ใช่เรื่องยากอีกต่อไป โดยอาจจะต้องขึ้นอยู่กับความตั้งใจของแต่ละบุคคล ด้วยค่ะ</p>
<p>Scene 16</p> 	<p>พยาบาล : ตามโรงพยาบาลทั่วไป หลักจากที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพ้นจากภาวะวิกฤตแล้ว มีสัญญาณชีพได้แก่ความดันโลหิต และการเต้นของหัวใจเป็นปกติ พร้อมทั้งจะเข้ารับการฟื้นฟูแล้ว แพทย์จะทำการส่งต่อปรึกษาไปยังแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อทำการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย โดยอาจมีการทำกายภาพบำบัด การทำกิจกรรมบำบัดการฝึกพูดหรือใช้กายอุปกรณ์ช่วย เป็นต้น</p>




<p>Scene 17</p> 	<p>พยาบาล : หลังจากผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การทำการฟื้นฟูเป็นที่เรื่องสำคัญ โดยหากผู้ดูแลไม่มีความรู้ ไม่มีประสบการณ์ การเรียนรู้จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยให้ท่านมีความรู้ ความสามารถ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น</p>
<p>Scene 18</p> 	<p>ผู้ดูแล : ตอนนี่ยี้ดูแลคุณแม่มา 2 เดือนแล้วค่ะ ตั้งแต่คุณแม่เป็น เห็นคุณหมอบอกว่าช่วงเวลาทองที่ร่างกายจะฟื้นฟูได้มากที่สุดคือ 3 เดือนแรก นี่ยี้เหลืออีกแค่ 1 เดือน ก็แอบกังวลเหมือนกัน อยากให้แม่กลับมาเดินได้เหมือนเดิม ไปไหนมาไหนได้เองตามที่แกอยากไป</p>
<p>Scene 19</p> 	<p>ผู้ดูแล : ถ้าสุดท้ายกลับมาเดินไม่ได้เหมือนเดิม... (นิ่งเงียบ) ...ไม่ยังไม่รู้เลยคะ คิดแต่ว่าอยากให้แม่กลับมาเป็นเหมือนเดิม นี่ยี้ใครบอกว่าทำอะไรก็ดีที่ทำหมดทุกอย่างให้กินอะไรบำรุง ให้ทำกายภาพทำไหนก็ทำเต็มที่แล้ว อยากให้แกกลับมาเดินได้หรือเดินด้วยไม้เท้าก็ยังดีคะ</p>
<p>Scene 20</p> 	<p>ผู้ดูแล : จริงๆคุณหมอบอกว่าช่วงเวลาทองที่ร่างกายจะฟื้นฟูได้มากที่สุดคือ 3 เดือนแรก แต่ก็ยังสามารถฟื้นฟูได้ถึง 6 เดือน บางคนก็ 12 เดือนแล้วแต่รอยโรค หรือเส้นเลือดที่ตีบด้วยว่าจะกระทบมากแค่ไหน</p>

<p>Scene 21</p> 	<p>ผู้ดูแล : อืม... ถ้าจะพูดถึงการดูแล ไม่ว่าจะอีกกี่เดือนก็คงเหมือนกันค่ะ ก็จะดูแลท่านไปเรื่อยๆ แต่ถ้าเกิดพูดถึงเรื่องของความหวัง ตอนนี้ก็คงหวังว่าให้ท่านฟื้นไวๆ ถ้าอีก 10 เดือนแล้วแรงยังไม่มา ตอนนั้นอาจจะไม่หวังให้แรงมันกลับมาแล้วก็ได้ ก็คงเสียใจนิดหน่อย แต่ให้ทำยังไงได้ก็เราทำเต็มที่ที่สุดแล้วนี่ค่ะ</p>
<p>Scene 22</p> 	<p>พยาบาล : ปัญหาที่เจอประจำคือ ผู้ดูแลพอถึงจุดหนึ่งมันหมดไฟ สัมผัสความสุขให้ตัวเองผู้ดูแลเกิดความรู้สึกอ่อนล้าทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อต้องอยู่ในสภาวะที่เครียดเป็นเวลานานๆ จะเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่าย ไม่มีแรงใจในการทำงานหมดความกระตือรือร้น มีความรู้สึกในแง่ลบต่อบุคคลที่อยู่รอบตัว ซึ่งอาจจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีศักยภาพพลดลงด้วยค่ะ</p>
<p>Scene 23</p> 	<p>เสียงบรรยาย : ปกติเวลาเราทำอะไรสักหนึ่งอย่างเรามักจะคาดหวังกับผลของมันคาดหวังว่าการกระทำของเรานั้นจะส่งผลประสบความสำเร็จ แต่ในความเป็นจริงแล้ว ยังมีอีกหลายเรื่องที่เราไม่สามารถรู้ได้เลยว่าผลของมันจะออกมาอย่างไร การ“มีความหวัง แต่ไม่คาดหวัง”ทำด้วยความรักทำด้วยความหวังโย ทำในสิ่งที่ถูกต้อง โดยไม่ต้องผูกผลลัพธ์ ไม่ต้องตั้งเป้าหมาย</p>

<p>Scene 24</p> 	<p>เสียงบรรยาย : ด้วยพยาธิสภาพของโรค อาจสามารถคาดการณ์ถึงการฟื้นตัวของคนไข้ว่าการกลับมาจะใกล้เคียง 100 % หรือ กลับมาใกล้เคียงกับปกติหรือไม่แต่สิ่งเหล่านั้นก็เป็นเพียงปัจจัยหนึ่ง ยังไม่มีใครสามารถพูดอย่างมั่นใจได้ ว่าอาการจะกลับหายเป็นปกติได้แน่ๆ เราไม่สามารถรู้ได้เลย หากแต่เรา สามารถทำทุกวันให้ดีที่สุด ส่วนผลจะออกมาเป็นยังไงก็ต้องยอมรับมันหน้าที่ของเราที่แค่ทำให้ดีที่สุดในทุกๆวันก็พอ</p>
<p>Scene 25</p> 	<p>ผู้ดูแล : สามี่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมาเป็นระยะเวลา 1 เดือนแล้วค่ะ ก็ของเขาโชคดี โดนหลอดเลือดเส้นเล็กๆเลยยังพอมีแรงขยับเองได้บ้าง แต่ก็ยังไม่สามารถยก หรือหยิบจับอะไรได้เหมือนเดิมนะคะ แต่ก็ยังพอช่วยเหลือตัวเองได้อยู่</p>
<p>Scene 26</p> 	<p>ผู้ป่วย : คนเคยทำอะไรเองได้ พอมาป่วยแบบนี้มันก็...แบบยังไงละ มัน...</p> <p>ผู้ดูแล : หงุดหงิด</p> <p>ผู้ป่วย : ใช่ว่า มันโมโหตัวเอง ทำไมมันทำไม่ได้สักที</p> <p>ผู้ดูแล : (หันไปคุยกับผู้ป่วย) ก็หมอบอกว่าเดี๋ยวมันจะค่อยๆดีขึ้นเรื่อยๆนี้จากแขนตอนแรกที่ยกไม่ขึ้นตอนนี้ก็เริ่มยกขึ้นแล้ว แต่ว่ามันยังสั้นๆเค้าบอกว่าแรงยังไม่พอ แต่ฝึกไปสักกระยะน่าจะดีขึ้น</p>

<p>Scene 27</p> 	<p>ผู้ดูแล : เขาเป็นคนแข็งแรง ชอบปลูกต้นไม้ทำสวน ไม่เคยอยู่นิ่ง มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง บ้าง หมอก็เคยบอกว่าโรคนี้มันอาจจะส่งผลให้เป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่เราก็ไม่เคยใส่ใจ มันดูเป็นเรื่องไกลตัวมาก ไม่น่าจะเกิดขึ้นกับเราหรอก พอถึงตรวจสุขภาพประจำปีก็มาบ้าง บางปี ถ้าไม่ติดอะไร</p>
<p>Scene 28</p> 	<p>ผู้ดูแล : ส่วนเราก็เป็นแม่บ้าน คอยดูแลเรื่องงานบ้าน เรื่องอาหารการกิน เขาชอบกินพวกของทอด ขาหมู แกงกะทิ พออายุเริ่มมากขึ้นความอยากอาหารก็ลดลงกินข้าวน้อยลง เราก็พยายามหาของที่เขาชอบมาให้กินตลอด พอเขาป่วยไม่สบาย หมอห้ามกินของมัน ของเค็ม ซึ่งทั้งหมดเมื่อก่อนเราเป็นคนหามาให้เขากินเอง เหมือนความตั้งใจของเรา มันเป็นการทำร้ายเค้าเลย</p>
<p>Scene 29</p> 	<p>ผู้ดูแล : ถามว่ารู้สึกผิดไหม...ก็รู้สึกนะ แต่เราไม่ได้ตั้งใจให้มันเป็นแบบนี้ ถ้าย้อนเวลากลับไปได้ก็คงจะดูแลเขาให้มากกว่านี้ แต่มันก็ย้อนไปไม่ได้แล้วละ ก็ทำทุกวันให้เต็มที่ ให้ดีที่สุด จะได้ไม่มาเสียใจทีหลัง ถึงตอนนั้นอาจจะดูแลเขาไม่ดี แต่ตอนนี้เรารู้แล้ว ก็เริ่มตั้งแต่ตอนนี้เลย ก็ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลคนป่วยมาก่อนก็ค่อยๆทำไป ค่อยๆเรียนรู้ไปพร้อมๆกัน</p>
<p>Scene 30</p> 	<p>ผู้ป่วย : ผมไม่เห็น้อยหรอก ถ้าจะพูดเรื่องเหนื่อย ต้องถามคนนี้ (หยิกหน้าไปทางภรรยา)เขาเป็นคนทำส่วนใหญ่ ผมแทบไม่ได้ทำอะไรเลย</p> <p>ผู้ดูแล : เหนื่อยเหรอ... ก็มีบ้างนะ ส่วนมากมันเหนื่อยเพราะเราแก่แล้วมั้ง 555 ลูกๆก็ไปทำงานกันหมด ตกเย็นเขาก็มาเยี่ยมพ่อเขานะ แต่แค่ทำงานก็เหนื่อยแล้ว เราเลยไม่ได้ขอให้เขาช่วยอะไร</p>

<p>Scene 31</p> 	<p>ผู้ดูแล : ถ้าถามว่าเหนื่อยมั้ย... จริงๆจะว่าเหนื่อยก็เหนื่อยนะคะ เหมือนมันไม่ได้พักด้วยพนักงานเซเว่นทำงานยังมีเป็นกะเลย เราดูแลคนเดียว 24 ชม. ไม่มีพักเลย เวลาคุณแม่นอนเราก็ต้องเตรียมเอกสาร เตรียมข้อมูลดูแลเขา ไหนจะต้องเคลียร์งาน หรือค่าใช้จ่ายอีก</p>
<p>Scene 32</p> 	<p>ผู้ดูแล : จริงๆก็มีญาติๆมาช่วยบ้าง แต่หน้าที่หลักก็ต้องเป็นเราอยู่ดี เกรงใจเขา มันเหมือนเราไม่รับผิดชอบ บางทีก็อยากขอให้ญาติๆช่วยบางเรื่องนะ เช่น บางทีเครียดๆอยากระบาย อยากร้องไห้ แต่ก็ไม่ได้บอกใคร กลัวทำเขาเสียเวลา กลัวทำคนอื่นเดือดร้อนไปด้วย</p>
<p>Scene 33</p> 	<p>ผู้ดูแล : เคยมีครั้งนึง ตอนนั้นติดธุระต้องไปทำด่วนเลยโทรหาคุณป้าให้ช่วยมาเฝ้าคุณแม่แทน ตอนจะโทรไปคิดอยู่นานมาก แต่สุดท้ายมันจำเป็นจริงๆก็เลยโทรไปรบกวน แก่ก็มานะ มานอนค้างโรงพยาบาลนอนเฝ้าคุณแม่อยู่ 2-3 วันพอเสร็จธุระก็รีบกลับมาเลย เห็นคุณแม่เขาคูย แม้กับคุณป้ากันเรื่องต่างๆแม่เค้าก็สนุกมีเพื่อนรุ่นเดียวกันคุยกัน ถูกคอเชียว คุณแม่อารมณ์ดีกว่าตอนหนูเฝ้าอีก</p>
<p>Scene 34</p> 	<p>เสียงบรรยาย : การขอความช่วยเหลือ หรือ หาคคนมาแบ่งเบาภาระไม่ใช่สิ่งที่ไม่ดี ไม่ใช่การแสดงถึงความไม่รับผิดชอบ ในบางเรื่องหากเราไม่สามารถทำได้ หรือสุดความสามารถของเราแล้ว เราควรที่จะแสดงออกออกไป ทำเท่าที่ตนเองทำได้ ฟังเสียงร่างกาย ฟังเสียงความรู้สึกของตนเอง อย่าทนฝืน อนุญาตให้คนที่มีความสามารถที่ทำได้มากกว่าเรา มาช่วยทำในส่วนๆนั้น เราทุกคนก็เป็นแค่คนธรรมดา มีเหนื่อย มีท้อ มีล้า หากแต่มุ่งมั่น แต่การดูแลผู้ป่วย</p>

	<p>จนลืมดูแลตัวเอง จนไม่สบายหรือล้มป่วยไปอีกคน สถานการณ์คงจะยุ่งยากมากขึ้น</p>
<p>Scene 35</p> 	<p>ผู้ดูแล : จริงๆส่วนหนึ่งที่ไม่กล้าขอความช่วยเหลือ เพราะคิดว่ามันเป็นหน้าที่ของเราเราอยากทำให้มัน ออกมาดี อยากให้แม่ไม่เป็นห่วง ให้ญาติๆเชื่อในตัว เราว่าเราทำได้ ไม่อยากให้คนอื่นผิดหวังในตัวเรา บางครั้งเวลาญาติมาเยี่ยมคุณแม่ก็อยากให้มีคนเห็น ใจ เสนอความช่วยเหลือโดยที่เราไม่ต้องร้องขออะ แต่พอเขาไม่พูดเราก็แอบน้อยใจเหมือนกัน เก็บมา นั่งคิดคนเดียว จนสุดท้ายก็ตัดสินใจพูดออกไป</p>
<p>Scene 36</p> 	<p>ผู้ดูแล : พอพูดออกไปมันก็สบายใจนะ เราก็ทำใน ส่วนของเราแล้ว ถึงญาติเค้าจะว่ายังไง ก็เป็นสิทธิ ของเค้า ถ้าเค้าช่วยก็รู้สึกขอบคุณมากๆ แต่ถ้าช่วย ไม่ได้ก็ไม่เป็นไรเราก็ทำเท่าที่เราไหวนี้แหละค่ะ ทุก วันก็มีเรื่องให้ต้องคิดต้องทำเยอะมากอยู่แล้วมานั่ง กังวลใจมันก็จะยิ่งทำให้เหนื่อยขึ้นไปอีก</p>
<p>Scene 37</p> 	<p>เสียงบรรยาย : อนุญาตให้ตัวเองทำความต้องการ ของตัวเอง เคารพในตัวของตัวเองเป็นตัวของตัวเอง อย่าบังคับตัวเองมากเกินไป เราก็เป็นคนธรรมดา อนุญาตให้ตัวเองได้ทำในสิ่งที่อยากทำ เพื่อจะได้มี พลังในการทำสิ่งดีๆ ดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีพลังได้ มือถือเมื่อใช้ไปเรื่อยๆยังมีแบตเตอรี่หมด ต้องชาร์ตไฟ คนเราก็ เหมือนกัน เมื่อใช้แรง ใช้ความคิด ก็มีหมด แรงเหมือนกัน</p>

<p>Scene 38</p> 	<p>เสียงบรรยาย : หาเวลาร่างกายให้ได้พักผ่อน หาเวลาสมองได้หยุดคิดถึง เรื่องราวต่างๆจากการดูแลผู้ป่วยมาทั้งวัน ให้เวลาดูแลตัวเอง ด้วยการทำอะไรที่ตนเองชอบ เมื่อผู้ดูแลหลักอย่างเรามีสุขภาพกายที่ดี สุขภาพใจที่ดี สิ่งดีๆเหล่านั้นย่อมส่งผลกระทบต่อไปถึงผู้ป่วยที่เราดูแล อย่างกดดันตัวเอง อย่าลืมที่จะใส่ใจความรู้สึกของตัวเองด้วย</p>
<p>Scene 39</p> 	<p>ผู้ป่วย : อยากบอกอะไรเค้าไหมเธอ ก็...ขอบคุณ เขามากๆเลยที่คอยดูแลผมมาตลอด ถ้าไม่มีเขาผมก็คงแย่เหมือนกัน ขอบคุณมากๆเลย</p>
<p>Scene 40</p> 	<p>ผู้ดูแล : ลำบากกว่านี้ก็เจอผ่านมามากมายตั้งเยอะแล้วเนอะ ก็สู้ไปด้วยกันนี้แหละ</p>
<p>Scene 41</p> 	<p>ผู้ดูแล : ยิ่งไงทำทุกๆวันให้เต็มที่ ไม่ว่าจะอะไรจะเกิดขึ้น ผลมันจะเป็นยังไงก็โอเค ยอมรับมัน</p>

<p>Scene 42</p> 	<p>ผู้ป่วย : ก็... ขอขอบคุณเค้ามากเลย ตอนแรกที่เป็นโรคนี้คิดว่าจะแย่สะแล้วรู้ว่าเค้าเหนื่อยมาก แต่ก็ยังคอยดูแลมาตลอดเลย ขอขอบคุณมากจริงๆ</p>
<p>Scene 43</p> 	<p>ผู้ดูแล : เรา ไม่รู้เลย ว่าเราจะได้อะไรไปอีกนานแค่ไหน จริงๆก็ขอบคุณที่มีโอกาสให้ได้ตอบแทนเค้าบ้าง</p>
<p>Scene 44</p> 	<p>ผู้ดูแล : ถึงตาเราแล้วที่จะต้องดูแลคุณแม่บ้าง ก็มีกันอยู่แค่นี้จะให้ไปดูแลใครก็ได้ใจที่ได้ดูแลคุณแม่นะคะ เมื่อก่อนท่านก็ดูแลเรามาตลอดเลยถึงตาเราบ้างก็จะทำให้ดีที่สุด</p>
<p>Scene 45</p> 	<p>เสียงบรรยาย : ถ้าเรารู้ว่าสิ่งที่เราทำ ทำไปเพื่ออะไร ถึงจะเป็นสิ่งที่ยาก เราก็จะทำมันให้ผ่านไป ด้วยดีได้ เพราะมันเป็นสิ่งที่คุณค่ามาก ๆ การทำอะไรสักอย่างหนึ่ง ที่มันเต็มไปด้วยความตั้งใจดี อยากให้ผลมันออกมาดี อยากให้การกระทำนั้นได้ช่วยเหลือคนที่เรารัก ความตั้งใจนั้นเป็นสิ่งที่ดีมาก ๆ อย่าลืมชื่นชมตนเองเมื่อทำอะไรที่ดีๆ ถึงคนภายนอกจะ 모르 แต่ตัวเรานั้นรู้ดีที่เรากำลังทำอะไรรู้และนั่นคือสิ่งที่เราทำดีที่สุดเท่าที่เรากำลังทำได้</p>

Scene 46



เสียงบรรยาย : เราไม่รู้เลย ว่าวันไหน เมื่อไหร่ จะมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นอีก แต่การที่เรามีความสุข และทำในทุกๆวันให้ดีที่สุด เป็นสิ่งที่เราทำมันได้... อยู่กับปัจจุบัน อยู่กับทุกๆวันให้ดีที่สุด ผลลัพธ์จะออกมาเป็นอย่างไร อย่างน้อยเราก็ได้ทำมันเต็มที่ ที่สุดแล้ว... มีความหวัง แต่ไม่คาดหวังทำด้วยความรัก ทำด้วยความหวังใย โดยไม่ต้องผูกผลลัพธ์ ไม่ต้องตั้งเป้าหมาย



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและ ความครอบคลุมของเนื้อหา

ผศ.พญ.ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล อาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี


ผศ.นพ.ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ อาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผศ.พญ.อรอุมา ชูติเนตร แพทย์ประจำศูนย์ความเป็นเลิศทางระบบโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโสตทัศนศึกษา

คุณ สิริภพ ฤตินิยมวุฒิ อาจารย์ภาควิชาออกแบบนิเทศศิลป์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09- 05/5.0
			หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมัลติมีเดียต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่าน

รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และ

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย


ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคต เท่านั้น

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09- 05/5.0
			หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้


.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(นางสาวลลนา คันธวัฒน์) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-
			04/5.0 หน้า 1/7

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบส้อมิเดียวต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวอลณา คันธวัฒน์
ที่อยู่สถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพฯ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
เบอร์โทรศัพท์ที่สถานศึกษา 0-2256-4298, 086-7888385
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 085-3624777


แพทย์ผู้ร่วมในโครงการวิจัย (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)

ชื่อ นายแพทย์ดารุจ อนิวรรณพงษ์
ที่อยู่ทำงานของผู้ร่วมวิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพฯ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-2256-4298, 086-7888385
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 089-4416627

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

	<p style="text-align: center;">คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>	<p style="text-align: center;">AF 09- 04/5.0 หน้า 2/7</p>
---	--	---	---

เหตุผลความเป็นมา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆได้เอง จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ซึ่งลักษณะการดูแลช่วยเหลือ ที่เป็นประจำทุกและต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในด้านร่างกาย สังคม อารมณ์และจิตใจ การศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยในการลดความเครียดด้วยการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย รวมถึงเป็นแนวทางในการส่งเสริม และสนับสนุนสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา


เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และความเครียดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง โดยจำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยทั้งหมด จำนวน 34 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยจะทำการชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแก่ท่านอย่างละเอียด โดยการวิจัยนี้แบ่งผู้เข้าร่วมงานวิจัยออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใช้การสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น ประเภทการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยวิธีจับฉลาก ท่านสามารถจับฉลากได้ 1 ครั้ง และฉลากที่ท่านจับออกมาแล้วนั้น จะไม่นำกลับเข้าไปรวมกับฉลากอื่นๆ หลังจากนั้นท่านจะต้องทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง,แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล จำนวน 22 ข้อ, ความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ, แบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ข้อ

ท่านจะได้รับการนัดหมายทั้งหมด 4 ครั้ง โดยประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้งซึ่งจะทำการนัดภายในสัปดาห์แรก และหลังจากการทำกิจกรรมไปแล้ว 3 ครั้ง ผู้วิจัยทำการนัดหมายท่านเพื่อทำการประเมินเมื่อผ่านไป 4 สัปดาห์ รวมเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยคือ นางสาวลลนา คันธวัฒน์ ซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัดจะเป็นผู้ให้คำอธิบายขั้นตอนและรายละเอียดในแต่ละกิจกรรม และมีผู้ช่วยงานวิจัยเป็นผู้แจกแบบประเมินของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยที่ผู้ช่วยวิจัยจะไม่ทราบว่าคุณเข้าร่วมวิจัยอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมเก็บรวบรวมซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัดอีก 1 คนเป็นผู้แจกแบบประเมินตลอดการทำวิจัย หากท่านมีข้อสงสัยหรือคำถามเกี่ยวกับแบบสอบถามสามารถซักถามผู้ช่วยการวิจัยได้ทันที

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยอธิบายข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนเกี่ยวกับการทำแบบสอบถาม และให้ท่านทำแบบสอบถาม โดยให้ท่านเป็นผู้กรอกข้อมูลในแบบบันทึกด้วยตนเอง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ,แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, แบบประเมินความเครียดของ


	<p style="text-align: center;">คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>	<p style="text-align: center;">AF 09- 04/5.0 หน้า 3/7</p>
---	--	---	---

ผู้ดูแล (Caregiver stress interview) ,ความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยแบ่งเป็นเวลาการสร้างสัมพันธภาพในโปรแกรม 10 นาที และ เวลาในการทำแบบประเมินอีก 20 นาที

ครั้งที่ 2 ท่านจะได้รับการให้ความรู้และการป้องกันโรคแทรกซ้อน เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนักกายภาพบำบัด ขณะที่พาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปทำการรักษาที่แผนกกายภาพบำบัด ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ครั้งที่ 3 หากท่านเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มควบคุม ท่านจะต้องทำแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver stress interview) ,ความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยท่านเป็นผู้ทำแบบประเมินด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาประมาณ 20 นาที และหากท่านเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยที่อยู่ในกลุ่มทดลอง ท่านได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมิตีจากผู้วิจัย หลังจากชมสื่อสุขภาพจิตศึกษาท่านจะต้องทำแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver stress interview) ,ความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้ระยะเวลาประมาณ 40 นาทีโดยแบ่งเป็นเวลาในการอธิบายรายละเอียดของสื่อและดูสื่อมิตีประเภทวีดิทัศน์และเปิดโอกาสซักถามในส่วนที่ท่านสงสัยรวม 20 นาที และ ทำการประเมิน 20 นาที

ครั้งที่ 4 หลังจากสิ้นสุดการให้โปรแกรมผู้วิจัยทำการนัดหมายท่านเพื่อทำการประเมินเมื่อผ่านไป 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายเกี่ยวกับการทำแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver stress interview) ,ความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง,แบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมิตีต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ท่านเป็นผู้ทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาประมาณ 20 นาที โดยผู้ช่วยการวิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามและตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับคำถามในแบบสอบถามตลอดการดำเนินการวิจัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 4/7

ตารางนี้ตมหายผู้เข้าร่วมการวิจัยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบสื่อมีเดียต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
 หลอดเลือดสมอง


	ครั้งที่ 1 (30นาที/คน)	ครั้งที่ 2 (20นาที/ คน)	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4 (20นาที/คน)
วันนัดหมาย	วันแรกที่เข้าร่วมการวิจัย	วันแรกที่เข้าร่วมการวิจัย	วันที่สองที่เข้าร่วมการวิจัย	เมื่อผ่านไป 4 สัปดาห์
กลุ่มทดลอง	ทำแบบสอบถาม -ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล -ข้อมูลของผู้ป่วย -แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล -แบบประเมินความคาดหวังของผู้ดูแล	ความรู้และการป้องกันโรคแทรกซ้อน โดยนักกายภาพบำบัด	-ดูสุขภาพจิตศึกษาแบบสื่อมีเดียทำแบบสอบถาม -แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล -แบบประเมินความคาดหวังของผู้ดูแล -แบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเอง(40นาที/คน)	ทำแบบสอบถาม -แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล -แบบประเมินความคาดหวังของผู้ดูแล -แบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเอง
กลุ่มควบคุม	-แบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเอง		ทำแบบสอบถาม -แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล -แบบประเมินความคาดหวังของผู้ดูแล -แบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเอง(20นาที/คน)	ต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้มีเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลา ไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วมงานวิจัย หรือการรู้สึกไม่สบายใจ แต่การเก็บข้อมูลจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหาย หรือมีผลกระทบต่อบุคคลหรือองค์กรที่อ้างอิง และหากพบว่าท่านมีความเครียดในระดับที่รุนแรง ผู้วิจัยจะพิจารณาให้ท่านได้ปรึกษากับจิตแพทย์ต่อไป

	<p style="text-align: center;">คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>	<p style="text-align: center;">AF 09- 04/5.0 หน้า 5/7</p>
---	--	--	---

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาสาสมัครอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมวิจัย แต่การวิจัยนี้อาจจะทำให้ท่านมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น หรืออาจจะทำให้ระดับความเครียดลดความรุนแรงลง และผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม และสนับสนุนการให้สุขภาพจิตศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- หากท่านไม่สะดวกในการอ่านข้อความด้วยตัวท่านเอง ท่านสามารถขอให้ผู้วิจัยอ่านข้อความให้ฟัง โดยท่านเป็นคนตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
- หากท่านมีข้อซักถามประการใด สามารถซักถามผู้วิจัยได้โดยตรง

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับอันตรายใดๆ จากการวิจัยในครั้งนี้ หากแต่พบอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที หากท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน อีกทั้งจะได้รับการชดเชยการสูญเสียเวลา เสียรายได้ตามความเหมาะสม

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวลลนา คันธวัฒน์ เบอร์ติดต่อ 085-3624777 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย


ท่านจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมในการวิจัย

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่

	<p style="text-align: center;">คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>	<p style="text-align: center;">AF 09- 04/5.0 หน้า 6/7</p>
---	--	---	---

อย่างไรก็ดี ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของท่าน แพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้


การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวลลนา คັນธวัฒน์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09- 04/5.0
			หน้า 7/7

8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับข่มขู่หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวลลนา คັນธวัฒน์ ผู้ทำวิจัย

นายแพทย์ดารุจ อนิวรรณพงศ์ ผู้ร่วมทำวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่องผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บข้อมูล...../...../.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1.อายุ.....ปี

2.เพศ

ชาย ₁ หญิง ₂

3.สถานภาพสมรส

โสด ₁

สมรส/อยู่ด้วยกันฉันสามีภรรยา ₂

หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) ₃

หย่าร้าง ₄

แยกกันอยู่ ₅

4.ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียน ₁

ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า ₂

มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ₃

อาชีวศึกษาหรือเทียบเท่า ₄

ปริญญาตรี ₅

สูงกว่าปริญญาตรี ₆

5.อาชีพหลัก (อาชีพที่ท่านใช้เวลามากที่สุดต่อเดือน)

ไม่ได้ประกอบอาชีพ ₁

นักเรียน/นักศึกษา ₂

เกษตรกร/ทำสวน/ทำไร่/ทำนา ₃

รับจ้างทั่วไป ₄

ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ₅

ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ₆

อื่นๆ ₇ (โปรดระบุ).....

6. ท่านมีความสัมพันธ์ใดกับผู้ป่วย

- เป็น บิดา/มารดาของผู้ป่วย ₁
- เป็น สามเณร/ภรรยาของผู้ป่วย ₂
- เป็น ลุง ป้า น้า อาของผู้ป่วย ₃
- เป็น ปู่ ย่า ตา ยายของผู้ป่วย ₄
- เป็น พี่/น้องของผู้ป่วย ₅
- เป็น บุตร ₆
- อื่นๆ ₇ (โปรดระบุ).....

7. ปัจจุบันท่านมีรายได้จากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไม่มีรายได้ ₁
- ธุรกิจส่วนตัว/รับจ้าง ₂
- บำเหน็จ/บำนาญ ₃
- เงินออม/ดอกเบี้ย ₄
- เบี้ยยังชีพ ₅
- ลูกหลาน/พี่น้อง ₆
- อื่นๆ ₇ (โปรดระบุ).....

8. รายได้ต่อเดือน (รายได้ของครอบครัวจากทุกแหล่งรวมกันที่เป็นตัวเงิน).....บาท

9. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- ไม่มี ₁ มี ₂ (โปรดระบุ).....

10. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วย.....เดือน.....วัน

11. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของท่านต่อสัปดาห์

- 1 - 2 วัน ₁
- 3 - 4 วัน ₂
- 5 - 6 วัน ₃
- 7 วัน ₄

12. ท่านมีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่

- ไม่มี ₁
- มี ₂ (โปรดระบุ).....คน

13. ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยของท่าน (การดูแลกิจวัตร เช่น การอาบน้ำ พลิกตะแคงตัว ดูดเสมหะ ทำกายภาพบำบัด)

- สามารถทำเองได้ทุกกิจกรรม ₁
- ทำกิจวัตรที่ต้องอุปการณเองไม่ได้ ₂
- ไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานได้เลย ₃

14.ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้ป่วยของท่าน

- เข้ากันได้ดี ₁
- ทะเลาะกันบ้างนานๆครั้ง ₂
- ทะเลาะกันเป็นประจำ แต่ไม่รุนแรง ₃
- ทะเลาะกันรุนแรงเป็นประจำ ₄
- ไม่ค่อยได้พูดคุยกันมากนัก ₅

15.เหตุผลในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- หน้าที่/ความรับผิดชอบ ₁
- ความรัก/ความผูกพัน ₂
- ไม่มีผู้ดูแลอื่น ₃
- อื่นๆ ₄ (โปรดระบุ).....

16.ท่านมีภาระหน้าที่อื่นๆที่ต้องทำนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย

- ไม่มี ₁
- มี ₂ (โปรดระบุ).....

17.ผลของการดูแลผู้ป่วยต่อการประกอบอาชีพ

- ไม่มีผลต่อการทำงาน ₁
- ทำงานเดิมได้น้อยลง ₂
- ออกจากงานเดิมยังไม่มีงานใหม่ ₃

18.ผลของการดูแลผู้ป่วยต่อการเข้าสังคม

- ไม่มีผลต่อการเข้าสังคม ₁
- การเข้าสังคมน้อยลง ₂
- ไม่สามารถพบปะหรือเข้าสังคมได้เลย ₃

19.ผลของการดูแลผู้ป่วยต่อสถานะการเงิน

- ไม่มีผลต่อสถานะการเงิน ₁
- ความคล่องทางสถานะการเงินลดลง ₂
- มีผลกระทบต่อสถานะการเงินอย่างมาก ₃

20.ท่านเคยได้รับความรู้ทางด้านสุขภาพจิตศึกษาหรือการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดและการจัดการความเครียดจากบุคลากรทางการแพทย์มาก่อนหรือไม่

- ไม่เคย ₁
- เคย ₂ (โปรดระบุ).....ปี

21.ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนหรือไม่

- ไม่เคย ₁
- เคย ₂ (โปรดระบุ).....ปี

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่องผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บข้อมูล...../...../.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1.อายุ.....ปี

2.เพศ

ชาย ₁ หญิง ₂

3.สถานภาพสมรส

โสด ₁

สมรส/อยู่ด้วยกันฉันสามีภรรยา ₂

หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) ₃

หย่าร้าง ₄

แยกกันอยู่ ₅

4.ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียน ₁

ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า ₂

มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ₃

อาชีวศึกษาหรือเทียบเท่า ₄

ปริญญาตรี ₅

สูงกว่าปริญญาตรี ₆

5.ระดับการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel ADL) คะแนน

6. ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

ไม่มี ₁

มี ₂ (โปรดระบุ).....

7. ปฏิกริยาทางจิตใจที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ไม่มี ₁

มี ₂ (โปรดระบุ).....

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่องผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บข้อมูล...../...../.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver stress interview)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน ที่ตรงกับความเป็นจริงและความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้น

ข้อความ	ไม่เคย	เกือบไม่เคย	บางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	เป็นประจำ
1. ท่านรู้สึกว่าคุณป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง					
2. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากว่าใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากไม่มีเวลาเป็นของตนเอง					
3. ท่านรู้สึกมีความเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยและงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ					
4. ท่านรู้สึกอึดอัดใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย					
5. ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจ หรือโกรธ ขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย					
6. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนแย่ลง					
7. ท่านรู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วย					
8. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาท่าน					
9. ท่านรู้สึกตึงเครียดขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย					
10. ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านไม่ค่อยดี เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
11. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
12. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
13. ท่านรู้สึกไม่สะดวกในการติดต่อ/คบหากับเพื่อน เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย					

14. ท่านรู้สึกว่าคุณป่วยคาดหวังในตัวท่านมาก เหมือนมีท่านคนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้					
15. ท่านรู้สึกที่ท่านไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย					
16. ท่านรู้สึกที่ท่านจะไม่สามารถอดทนดูแลผู้ป่วยได้อีกไม่นาน					
17. ท่านรู้สึกว่าคุณไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตตนเองได้ ตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย					
18. ท่านอยากที่จะเลิกดูแลผู้ป่วยและให้คนอื่นมาดูแลแทน					
19. ท่านรู้สึกว่าไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย					
20. ท่านรู้สึกว่าท่านควรจะได้รับ การดูแลจากญาติคนอื่น					
21. ท่านรู้สึกว่าท่านน่าจะดูแลญาติของท่านได้ดีกว่านี้					
22. โดยภาพรวมท่านรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระสำหรับท่าน					

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่องผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบสื่อมีเดียต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บข้อมูล...../...../.....

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน ที่ตรงกับความเป็นจริงและความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้น

คำถาม	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.ท่านคิดว่าท่านจะจัดอาหารให้กับผู้ป่วยได้ถูกต้อง					
2.ท่านคิดว่าท่านสามารถช่วยผู้ป่วยออกกำลังกายและทำ กายภาพได้					
3.ท่านคิดว่าท่านมีเวลาเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย					
4.ท่านคิดว่าท่านมีความอดทนเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย					
5.ท่านคิดว่าท่านสามารถที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้					
6.ท่านคิดว่าท่านสามารถให้กำลังใจผู้ป่วย					
7.ท่านคิดว่าท่านทนต่อสิ่งที่ผู้ป่วยบ่น/คร่ำครวญได้					
8.ท่านคิดว่าท่านสามารถจัดการกับปัญหา/อุปสรรค ต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้					
9.ท่านคิดว่าท่านสามารถหาข้อมูล/ความรู้ในการดูแล ผู้ป่วย					
10.ท่านคิดว่าท่านสามารถดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ					

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่องผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบสื่อมีเดียต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บข้อมูล...../...../.....

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน ที่ตรงกับความเป็นจริงและความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้น

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.การที่ท่านเป็นผู้ดูแล ทำให้ท่านมีคุณค่ามากกว่าคนอื่น					
2.ท่านรู้สึกว่สิ่งที่ท่านให้การดูแลผู้ป่วยมีประโยชน์					
3.ท่านรู้สึกท้อแท้ใจในการดูแลผู้ป่วย					
4.ท่านคิดว่าท่านสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี					
5.ท่านภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ป่วย					
6.ท่านรู้สึกดีที่ได้ดูแลผู้ป่วย					
7.ท่านพอใจที่ได้ดูแลผู้ป่วย					
8.การเป็นผู้ดูแลทำให้ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น					
9.ท่านเป็นบุคคลสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย					
10.ท่านรู้สึกว่ท่านดีพอที่จะดูแลผู้ป่วย					

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่องผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมัลติมีเดียต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บข้อมูล...../...../.....

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมัลติมีเดียสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน ที่ตรงกับความเป็นจริงและความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้น

ข้อ	คำถาม	ความ พึง พอใจ มาก ที่สุด	ความ พึง พอใจ มาก	ความ พึง พอใจ ปาน กลาง	ความ พึง พอใจ น้อย	ความพึง พอใจ น้อยที่สุด
1.	<u>ด้านเนื้อหา</u> : ภาษาที่เข้าใจง่าย กระชับ อธิบายข้อมูลได้ชัดเจน					
2.	<u>ด้านการนำไปใช้ในการดำเนินชีวิต</u> : ได้รับ ประโยชน์ตามที่ต้องการ สามารถนำ ความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดำเนิน ชีวิต					
3.	<u>ด้านรูปแบบและภาพลักษณ์</u> : ความ เหมาะสมของเพลงประกอบ เสียงบรรยาย ความเหมาะสมของตัวอักษรในสื่อมัลติมีเดีย					
4.	<u>ด้านภาพรวมของโปรแกรม</u> : ความ น่าสนใจในภาพรวม					
5.	<u>ด้านการตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัย</u> : การตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัยหลังจากดู สื่อ					

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาว ลลนา คันธวัฒน์
วัน เดือน ปีเกิด	29 มกราคม 2535 ปัจจุบันอายุ 26 ปี
ภูมิลำเนาเดิม	จังหวัดกรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	257 ถ.เจริญนคร ซ.เจริญนคร 14 แขวงคลองตันใต้ เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600
ตำแหน่งปัจจุบัน	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู สถาบันประสาทวิทยา
ประวัติการศึกษา	<p>พ.ศ.2549 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ตอนต้นจากโรงเรียนอัสสัมชัญคอนแวนต์ กรุงเทพมหานคร</p> <p>พ.ศ.2552 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนอัสสัมชัญคอนแวนต์ กรุงเทพมหานคร</p> <p>พ.ศ.2556 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จากคณะสหเวชศาสตร์ สาขากายภาพบำบัด จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> <p>ปัจจุบัน ศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2559</p>