

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง



นางสาวจิตาภา บรรณาส่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS AMONG ELDERLY FACTORS, SPOUSAL CAREGIVERS FACTORS, AND
LIFE SATISFACTION OF THE SPOUSAL CAREGIVERS OF THE OLDER
PERSONS WITH STROKE

Miss Jidapa Buntengsong



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

จิตาภา บรรณเลขสง : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (RELATIONSHIPS AMONG ELDERLY FACTORS, SPOUSAL CAREGIVERS FACTORS, AND LIFE SATISFACTION OF THE SPOUSAL CAREGIVERS OF THE OLDER PERSONS WITH STROKE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 126 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยปัจจัยด้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ภาวะพึ่งพา ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ภาระการดูแล การรับรู้ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 140 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย แบบประเมินภาระของผู้ดูแล แบบประเมินการรับรู้ความเครียด แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .89, .71, .80, .77, .80 และ .79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคำนวณหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .54
2. สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .453$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .519$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะพึ่งพา ภาระการดูแล การรับรู้ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5577157536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SPOUSE CAREGIVERS / STROKE / LIFE SATISFACTION

JIDAPA BUNLENGSONG: RELATIONSHIPS AMONG ELDERLY FACTORS, SPOUSAL CAREGIVERS FACTORS, AND LIFE SATISFACTION OF THE SPOUSAL CAREGIVERS OF THE OLDER PERSONS WITH STROKE. ADVISOR: ASSOC. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 126 pp.

The purposes of this correlational research were to study life satisfaction of spousal caregivers and to examine the relationship between the patient's factor which is dependency status, and the caregiver's factors which are personal factor, social support, burden of care, marital relationship and perceived stress. The research sample consisted of 140 spousal caregivers specific aged over sixty years old. Research instruments were personal factors, barthel ADL index, burden, perceived stress, social support, marital relationship and life satisfaction questionnaires. All struments were tests for content validity by a panel of five experts. The reliability of struments tested by Conbach's Alpha were .89, .71, .80, .77, .80 and .79 and respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation and Pearson's Product moment Correlation.

The major finding were as followed:

1. The mean score of life satisfaction of spousal caregivers was at the high level ($x = 3.84$ S.D = .54)

2. Manital relationship were moderately and positive related to life satisfaction spousal caregivers ($r = .453$), social support were highly and positive related to life satisfaction spousal caregivers ($r = .519$) significantly at the .05 level. There were no significant relationships between dependence, personal factor, burden and perceived stress ($p < .05$)

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2015

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาอย่างสูงของ รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ให้คำแนะนำปรึกษา ให้ข้อคิด ช่วยเหลือ และให้กำลังใจ ด้วยดีมาตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ แก้ไขความบกพร่องวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิสาร ที่กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และคำแนะนำที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบการแปลภาษาและความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และประสบการณ์ที่มีคุณค่าตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ และบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้อำนวยความสะดวกตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้บังคับบัญชาทุกท่านที่ได้กรุณาอนุมัติการลาศึกษาต่อ รวมทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สถาบันประสาทวิทยาทุกท่านที่ได้ให้โอกาสผู้วิจัยได้ศึกษาต่อ

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ความกรุณาในการตอบแบบสอบถามจนครบสมบูรณ์

ท้ายที่สุด การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลงด้วยกำลังใจจากทุกคนในครอบครัวที่คอยดูแลเอาใจใส่ และให้การสนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ขอขอบคุณกัลยาณมิตรร่วมสถาบันทุกท่านที่ทำให้ผู้วิจัยมีประสบการณ์ที่ดีในชีวิตการศึกษาตลอดระยะเวลาการศึกษา

ประโยชน์ใดๆที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแต่ คุณพ่อ คุณแม่ ครูอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	15
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล.....	21
3. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต.....	28
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	36
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	46
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	54

การเก็บรวบรวมข้อมูล	58
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล	60
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	62
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	73
สรุปผลการวิจัย	74
อภิปรายผล	75
ข้อเสนอแนะ	80
รายการอ้างอิง.....	81
ภาคผนวก	89
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	90
ภาคผนวก ข เอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ	92
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	96
ภาคผนวก ง จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือ ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิผ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และจดหมายขอพิจารณา จริยธรรมการวิจัย	106
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	126

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส.....	43
ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย.....	45
ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	62
ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n=140).....	63
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านผู้สูงอายุและปัจจัยด้านผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส	66
ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ของภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส	67
ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส.....	68
ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ของภาระการดูแลกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส	69
ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส.....	70
ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนจากสังคมกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส	71
ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส	72

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 70.2 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศยุโรป เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และพบมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปี (Lokk and Delbari, 2012; Merce balasch & et al, 2015) ผู้สูงอายุไทยมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงสุดเท่ากับ 251.57 ต่อประชากรแสนคน (19,601 ราย) เพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิงร้อยละ 40-76 ส่วนเพศหญิงมีอัตราการเกิด 1.5 เท่า (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย, 2556; Bin li & et al., 2015) จากความพิการของโรคที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องการ การพึ่งพาศูนย์บุคคลอื่นมากขึ้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่เกิดกับตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเกิดกับผู้ดูแลด้วย

การดูแลผู้สูงอายุนั้นแต่เดิมเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวหรือบุตรหลาน ที่เป็นผู้ดูแล โดยถือว่าเป็นการทดแทนบุญคุณ หรือแสดงความกตัญญูต่ผู้สูงอายุ (Kespichayawattana, 1999) แต่ในภาวะปัจจุบันแบบแผนการอยู่อาศัยกับบุตรมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่การอยู่ตามลำพัง และการอยู่กับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น มีสถิติของ National Alliance for Caregivers [NAC] and American Association of Retired Persons [AARP] (2009) พบว่ามีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26 เป็นร้อยละ 27 (ในปีค.ศ.2004–2009) ในกลุ่มประเทศอาเซียนพบผู้สูงอายุชายอาศัยอยู่กับคู่สมรสสูงถึงร้อยละ 84 เพศหญิงร้อยละ 47 (Carol, 2012) สหรัฐอเมริกาพบผู้ดูแลหลักที่เป็นผู้สูงอายุและเป็นคู่สมรสสูงถึงร้อยละ 47.4 (Touhy and Jett, 2010) สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.6 เป็นร้อยละ 17.6 (ในปีพ.ศ.2537–2554) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) นอกจากนี้ยังมีสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550) พบว่าในจำนวนผู้สูงอายุที่สมรสแล้วร้อยละ 60.1 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ทั้งนี้จะเห็นว่าแนวโน้มของการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในครอบครัว ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุเองจะทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย เห็นได้จากการศึกษาวิจัยการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ โรคไตวายเรื้อรัง (ชลลทิพย์ ทองมอญ, 2549)ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (จันทพร อธิทองดี, 2548) ผู้ป่วยผ่าตัดสมอง (กัลยา วงศ์อำมาตย์ และคณะ, 2555)พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลหลักที่เป็นผู้สูงอายุและเป็นคู่สมรสมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในกลุ่มนี้มักได้รับผลกระทบต่อการดำรงชีวิตจากการให้การดูแล โดยเฉพาะในกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นงานที่ซับซ้อนในการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living: ADL) และต้องคอยเกื้อหนุนด้านจิตสังคมให้กับผู้ป่วย (Psychosocial support) เป็นงานที่ต้องให้การดูแลระยะเวลานาน หรือตลอดชีวิต ดังนั้นคู่สมรสต้องปรับตัวกับบทบาทใหม่ที่เพิ่มเข้ามา พบว่าทำให้เกิดปัญหาต่อตัวผู้ดูแลทั้งทางด้านสุขภาพทางกาย ได้แก่ มีอาการนอนไม่หลับมีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น ใช้เครื่องตีแมลงกอสอลล์ ซึ่งทำให้เกิดการเจ็บป่วยจากการดูแล (Goldzweig et al., 2012) สุขภาพทางจิต มีอาการวิตกกังวล (Anxiety) เครียด (Stressful) ซึมเศร้า (Depression) สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง (Loss of self) ว้าเหว่ (Loneliness) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดปัญหาด้านฐานะทางการเงิน ปัญหาด้านหน้าที่การงาน และกิจกรรมในสังคมลดลง ต้องแยกตัวออกจากสังคมโดยปริยาย (Beeson, 2003; Adriaansen et al., 2010; Kruihof et al., 2012) สุดท้ายจากผลกระทบเหล่านี้ ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลลดลง

ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) บ่งบอกถึงความสุข ความพอใจ และเป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งเกิดจากการคิด และการตัดสินใจอย่างเป็นกระบวนการ (Cognitive judgmental process) การที่บุคคลจะประเมินว่ามีความพึงพอใจในชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับความเหมาะสมกับมาตรฐานที่ตนเองคาดหวังว่าจะมีค่าคงที่ไม่ขึ้นอยู่กับอารมณ์ความรู้สึกในขณะนั้น (Fugl -Meyer et al., 1991; Shin and Johnson, 1978 cited in Diener, et al., 1985) บุคคลที่มีความพึงพอใจในชีวิตจะรู้สึกตนเองมีคุณค่า ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ราบรื่น ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลที่ไม่มีความพึงพอใจในชีวิต จะรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ถูกทอดทิ้ง เหนงา สิ้นหวัง และไม่อยากมีชีวิตอยู่ (ชัยฤทธิ์โพธิสุวรรณ และอรุณี บุญอรุณีพิภิญโญ. ม.ป.ป.) ความพึงพอใจในชีวิตมีความสำคัญกับผู้ดูแลโดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส จะแตกต่างไปจากผู้ดูแลที่เป็น บิดา มารดา ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของ Larson et al. (2008) ศึกษาพบว่าภรรยาในฐานะผู้ดูแลจะมองว่าผลกระทบทางด้านสุขภาพจิต อาทิเช่น ความเครียด (Stress) ความว้าเหว่ (Loneliness) และอาการซึมเศร้า (Depression) เป็นสิ่งที่ทำให้ความพึงพอใจในชีวิตต่ำลง ส่วนสามีในฐานะผู้ดูแลมองว่าผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เลวลง และปัญหาสุขภาพเป็นสิ่งที่ทำให้ความพึงพอใจในชีวิตต่ำลง

จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ว่า การที่ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจะประเมินความพึงพอใจในชีวิตของตนเองนั้น คู่สมรสจะพิจารณาถึงองค์ประกอบหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living: ADL) กิจกรรมยามว่าง (Leisure) การประกอบอาชีพ

(Vocation) รายได้ (Financial) ด้านเพศสัมพันธ์ (Sexual) สัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิต (Partner relationship) ชีวิตครอบครัว (Family life) และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Contacts with friends and acquaintances) (Fugl-Meyer et al., 1991) เนื่องจากคู่สมรสไม่ว่าจะเป็นสามี หรือ ภรรยา ซึ่งต่างก็เป็นผู้สูงอายุเช่นกัน โดยธรรมชาติสุขภาพของผู้สูงอายุมีความเสื่อมตามอายุ มีกำลัง ถดถอยเชิงซ้ำ และมักมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ด้วยบทบาทที่เพิ่มเข้ามาทำให้ต้องใช้เวลาและแรงงาน มากขึ้น บางครั้งทำให้ไม่มีเวลาสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะคู่ สมรสที่มีโรคประจำตัวอาจทำให้โรคที่เป็นอยู่กำเริบ เกิดความยากลำบากในการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เป็นสาเหตุให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง(ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) จากการศึกษาของ เขมิกา ยามะรัต (2527) พบว่าการมีส่วนร่วมในสังคม ความสัมพันธ์กับครอบครัว สุขภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์กับญาติ อาชีพ รายได้ มี ผลกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับ Christopher et al. (2002) ได้อธิบายว่ากิจกรรม ยามว่าง เป็นเรื่องสำคัญซึ่งจะนำความพึงพอใจในชีวิตมาให้

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยและปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส สามารถแบ่งปัจจัยออกเป็น 2 ด้าน คือปัจจัยด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยปัจจัยด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ภาวะการพึ่งพา (Dependence) ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ในส่วน ผู้รอดชีวิตนั้นจะมีภาวะบกพร่องของร่างกายที่แตกต่างกันไป ส่วนมากร้อยละ 87 มีปัญหาด้านการ เคลื่อนไหวและการสั่งการ (Jones, 2006) ผู้ป่วยจะมีภาวะพึ่งพาต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น Lawton and Rubintein (2000) พบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจะใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ติดต่อกันนานถึง 40-60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค กิจกรรมส่วนใหญ่จะดูแลใน เรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป เช่น อาบน้ำ แต่งตัว อำนวยความสะดวกในการเข้าห้องน้ำ และกิจกรรมอื่น ๆ คือ ทำงานบ้าน จัดเตรียมอาหาร เช่นเดียวกับ Berg et al. (2006) ศึกษาพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลงอย่างน้อยสองกิจกรรม ผู้สูงอายุจะมีภาวะพึ่งพา บุคคลอื่นมากขึ้น ทำให้การดูแลมีความซับซ้อน ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลตลอดเวลา มี ความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตที่ลดลงของผู้ดูแลโดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ปัจจัยด้าน ผู้ดูแล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) การสนับสนุนทางสังคมจะลดลงเรื่อย ๆ ตาม ระยะเวลาที่ผ่านมา นับตั้งแต่ 2 เดือนหลังให้การดูแลผู้ป่วย เมื่อเวลาผ่านไป 1 ปี และ 3 ปี การ สนับสนุนทางสังคมจะลดลงจากร้อยละ 28.9 เหลือร้อยละ 25.2 ตามลำดับ ที่เป็นเช่นนี้ เพราะ เครือข่ายทางสังคมที่ให้การสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ จะเข้าสู่แบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง ตามปกติ บางครั้งทำให้ขาดการติดต่อสื่อสาร ไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับบุคคลที่ให้การ ช่วยเหลือ ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสลดลงตามไปด้วย

(Adriaansen et al.2011) ภาระการดูแล (Burden) เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่รับผิดชอบ ซึ่งสร้างความยากลำบาก และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม และปฏิกิริยาภาวะทางอารมณ์ เช่น ขาดความเป็นอิสระ ความเป็นส่วนตัว (Montgomer, Gonyea, and Hooyman, 1985) ทำให้โอกาสที่จะออกไปพบปะกับผู้อื่นลดลง ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเช่นเคย มีข้อจำกัดทางสังคม สูญเสียรายได้จากที่ต้องปรับเปลี่ยนเวลาการทำงาน หรือต้องออกจากงานเพื่อมาให้การดูแล เกิดความเครียด วิตกกังวล (Beeson Rose A., 2003) ผู้ดูแลจะรับรู้ถึงภาระว่าเป็นงานที่หนักจนเกินไป ส่งผลให้ระดับความพึงพอใจในชีวิตลดลง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย (Marital relationship) ผู้ดูแลส่วนมากที่เป็นคู่สมรสโดยเฉพาะภรรยาจะมีความเครียดต่อบทบาทการดูแล (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536) หากสัมพันธภาพที่มีมาแต่ก่อนระหว่างคู่สมรสกับผู้ป่วยไม่ดี การทำหน้าที่จะดูแลตามความจำเป็นมากกว่าความเต็มใจ หากมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาแต่ก่อน มักจะเกิดความยินดี และเต็มใจที่จะให้การดูแล นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความเครียด (Perceived stress) โดยผู้ดูแลร้อยละ 86.2 ยอมรับว่ามีความเครียด อันเนื่องมาจากต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีโอกาสที่จะไปพักผ่อนหย่อนใจ หรือเข้าสังคม บางครั้งไม่ยอมทำกิจกรรมใด ๆ รู้สึกโกรธง่าย ฉุนเฉียว ไม่พอใจต่อทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมักมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรและเป็นพี่น้อง (เสาวภา พริ้วตะคุ, 2549) หากสัมพันธภาพที่มีมาแต่ก่อนระหว่างคู่สมรสกับผู้ป่วยไม่ดี การทำหน้าที่จะดูแลตามความจำเป็นมากกว่าความเต็มใจ หากมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาแต่ก่อน มักจะเกิดความยินดี และเต็มใจที่จะให้การดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่ามีการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในวัยผู้ใหญ่ (Adriaansen et al., 2011; Ostwald et al., 2009) ซึ่งวัยผู้ใหญ่ในประเทศที่พัฒนาแล้วจะรวมถึงผู้ที่มีอายุ 60–65 ปีด้วย เนื่องจากประเทศไทยได้ใช้เกณฑ์ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คือผู้สูงอายุ จึงมีความแตกต่างกัน และในประเทศไทยได้มีการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั่วไป (มารศรี นุชแสงพลี, 2532; เขมิกา ยามะรัต, 2527) และงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) เกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับกิจกรรมทางสังคมต่อสมรรถภาพทางกาย และความพึงพอใจในชีวิต ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (ฉันทนา นาคฉัตรีย์, 2546) สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส พบว่ามีความแตกต่างในเรื่องของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ เพื่อเป็นข้อมูลในการประเมิน และวางแผนในการดูแลตามบทบาทและ

สมรรถนะทางการพยาบาลผู้สูงอายุได้อย่างตรงตามปัญหา ตรงตามความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสให้ผู้ดูแลกับผู้ป่วยที่เผชิญปัญหา สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจในชีวิต เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ภาวะพึ่งพา และปัจจัยด้านผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และการรับรู้ความเครียด มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระหว่างปัจจัยด้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ภาวะพึ่งพา ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย การรับรู้ความเครียด และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ของ Fugl-Meyer A.R., Branholm, and Fugl-Meyer K.S.,(1991) ซึ่งให้ความสนใจเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตโดยภาพรวม (Life as a whole) อธิบายว่าความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม คือ การที่บุคคลประเมินตนเองจากความรู้สึกภายในว่ารู้สึกมีความสุข มีความพึงพอใจเกี่ยวกับชีวิตโดยรวมในระดับไหน โดยคุณลักษณะที่บ่งชี้ว่าคุณคนนั้นมีความพึงพอใจ จะมีลักษณะที่ครอบคลุมองค์ประกอบ 8 ด้าน ดังนี้

1. ความพึงพอใจในความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living: ADL) หมายถึง ระดับความรู้สึกมีความสุข และพึงพอใจต่อสภาพความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร เป็นต้น
2. ความพึงพอใจในกิจกรรมยามว่าง (Leisure) หมายถึง ระดับความรู้สึกมีความสุข และพึงพอใจต่อกิจกรรมที่เกิดจากความสนใจ และความสนุกสนานเป็นหลัก มากกว่าที่จะได้ผลตอบแทนเป็นเงิน หรือสิ่งแลกเปลี่ยนอื่น ๆ

3. ความพึงพอใจในงานและการประกอบอาชีพ (Vocation satisfaction) หมายถึง ระดับความรู้สึกมีความสุข และพึงพอใจต่อสภาพชีวิตการทำงานโดยรวมในทุก ๆ ด้านของบุคคล เช่น ค่าตอบแทน ความชอบต่องาน ความชอบต่อเพื่อนร่วมงาน

4. ความพึงพอใจด้านรายได้ (Financial satisfaction) หมายถึง ระดับความรู้สึกมีความสุข และพึงพอใจต่อปริมาณเงินที่ได้รับในแต่ละเดือน ซึ่งอาจเป็นรายได้จากการทำงานของบุคคลนั้นเอง หรือจากบุคคลอื่น

5. ความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ (Sexual life) ระดับความรู้สึกมีความสุข และพึงพอใจต่อการมีความสัมพันธ์ทางเพศ เพียงการสัมผัสธรรมดา หรือการกล่าววาจาที่ไพเราะ ก็สามารถตอบสนองความสัมพันธ์ทางเพศของบุคคลนั้นได้

6. ความพึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Contacts) ระดับความรู้สึกมีความสุข และพึงพอใจต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นในสังคมที่นอกเหนือจากคนในครอบครัวญาติ ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน และบุคคลอื่นที่มีใช้ญาติแต่มีความสนิทสนมกันในสังคม

7. ความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว (Family life) ระดับความรู้สึกมีความสุข และพึงพอใจ ในความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ทั้งต่อบิดา มารดา คู่สมรส บุตรหลาน พี่น้อง ต่อสภาพต่าง ๆ ในครอบครัว เช่น บ้าน สภาพแวดล้อมของครอบครัว

8. ความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นกับคู่ชีวิต (Partner relationship) ระดับความรู้สึกมีความสุข และพึงพอใจต่อการรับรู้ถึงความห่วงใย ความรักใคร่ ผูกพันกัน ระหว่างบุคคลนั้นกับคู่ชีวิต

ความพึงพอใจในชีวิตเป็นมุมมองเกี่ยวกับสุขภาวะด้านจิตใจ (Psychological well-being) เป็นความอยู่ดีเชิงอัตวิสัย (Subjective well-being) (Lyyra et al., 2006) และเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของบุคคล (Ostwald et al., 2009) บ่งชี้ว่าผู้นั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างราบรื่น มีความสุขในทางตรงข้ามหากบุคคลมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำจะรู้สึกวุ่นวาย หงุดหงิด หงา สิ้นหวัง และไม่ยอมมีชีวิตอยู่ (ชัยฤทธิ์ โพธิสุวรรณ และ อรุณี บุญอุรพิภิญโญ, ม.ป.ป.; Lyyra et al., 2006) ดังนั้นความพึงพอใจจึงมีความเกี่ยวข้องกันมากกับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส หากผู้ดูแลมีความพึงพอใจในชีวิตระดับต่ำผู้ดูแลอาจเกิดความเหนื่อยหน่าย ละเลย ไม่เอาใจใส่ และถึงขั้นทำร้ายร่างกายผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ แต่ถ้าหากผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตสามารถคงสภาพ สร้างความสมดุล ทำให้เกิดความพึงพอใจมากขึ้น จะทำให้ผู้ดูแลมีพลังกาย พลังใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรง พร้อมทั้งจะเปลี่ยนแปลงพัฒนาตนเอง ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความผาสุก และมีความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลคนที่ตนเองรัก (Kruithof et al., 2012)

จากแนวคิดความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ของ Fugl-Meyer A.R., Branholm, and Fugl-Meyer K.S., (1991) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส สามารถแบ่งปัจจัยออกเป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ภาวะพึ่งพา และปัจจัยด้านผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และการรับรู้ความเครียด ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

1.1 ภาวะการพึ่งพา (Dependence) เป็นการประเมินจาก ข้อมูล ลักษณะความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องจากตัวผู้สูงอายุเองเป็นภาวะที่ผู้สูงอายุไม่ปฏิบัติอย่างเป็นอิสระ แต่ต้องการการช่วยเหลือ หรือเฝ้าระวังจากบุคคลอื่น เกิดจากความบกพร่อง (impairment) ของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย สรีระ ภายวิภาค และความผิดปกติของจิต เช่น แขนขาอ่อนแรง ความจำผิดปกติ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด และดำรงชีวิตด้วยความยากลำบากมากขึ้น ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ต้องการให้ผู้ดูแลตอบสนองความต้องการภาวะทุพพลภาพที่ลดลงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน การดูแลมีความซับซ้อน เช่นเดียวกับ Berg et al. (2006) ศึกษาพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลงอย่างน้อยสองกิจกรรมผู้สูงอายุจะมีภาวะพึ่งพามากขึ้น ทำให้การดูแลมีความซับซ้อน ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลตลอดเวลา เนื่องจากผู้ดูแลจำเป็นต้องเรียนรู้ในบทบาทที่เพิ่มเข้ามา ซึ่งหน้าที่และความรับผิดชอบใหม่ที่เข้ามาเป็นเรื่องที่ไม่คุ้นเคย ไม่มีความรู้ ขาดความชำนาญ ทำให้ผู้ดูแลอาจต้องเลิกบทบาทที่เคยทำอยู่ เพื่อเอาเวลามาให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย พบว่ามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตที่ลดลงของผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส (Ostwald et al, 2009)

2. ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และการรับรู้ความเครียด

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ การศึกษา การมีงานอดิเรก และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

2.1.1 เพศ ทั้งในสังคมไทยและสังคมต่างประเทศพบว่า ผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงให้เหตุผลในการเข้ารับบทบาทในการดูแล คือ ด้วยความรักและความผูกพัน (เสาวภา พรวัดตะคุ, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ Matayamool(2003) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็นคู่สมสร้อยละ 43 เนื่องจากด้วยเพศหญิงมีบทบาทหลายด้านไม่ว่าจะเป็นบทบาทมารดา ภรรยา แม่บ้าน และเป็นพนักงานต้อง

เพิ่มบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักเข้ามา ทำให้เกิดความกดดันจากการทำหน้าที่ในหลายบทบาทมีผลทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตลดลง เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Larson et al. (2008) พบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศหญิงได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย ผลกระทบที่ได้รับ เช่น เกิดการเจ็บป่วย มีปัญหาการนอนหลับ ต้องทำงานบ้านเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับความพึงพอใจในชีวิตลดลง

2.1.2 การศึกษา เป็นกระบวนการการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีความเจริญงอกงามทางกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา จากการศึกษาของ มาร์ศรี นุชแสงพลี (2532) พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต เพราะระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อชนิดของอาชีพ ระดับรายได้ สุขภาพ ค่านิยม ทัศนคติ ความคิดเกี่ยวกับตนเอง เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีตำแหน่งหน้าที่การงานดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ และผู้ที่มิอาชีพมั่นคง มีรายได้ที่แน่นอน จะสามารถเก็บออมไว้ในยามสูงอายุสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ostwald (2009) พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีความคิดเกี่ยวกับตนเองทางบวกมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ และยังประเมินค่าตนเองว่าเป็นคนฉลาด กระฉับกระเฉง สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดี ร้อยละ 25.6 ของผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาในระดับสูงจะสามารถประเมินสถานการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง รู้จักหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม จากแหล่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น จึงมีความพึงพอใจในชีวิตได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาระดับต่ำ (Adriaansen et al., 2011)

2.1.3 การมีงานอดิเรก งานอดิเรกเป็นกิจกรรมที่ทำในยามว่าง เกิดจากความสนใจและความสนุกสนานเป็นหลัก มากกว่าที่จะได้ผลตอบแทนเป็นเงินหรือสิ่งแลกเปลี่ยนอื่น ๆ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความพึงพอใจ นักกิจกรรมมองว่าผู้สูงอายุจะลดบทบาททางสังคมไปตามอายุ ค่อย ๆ ลดความผูกพันต่อสังคมลงเป็นลำดับ โดยมีความตระหนักด้านอายุ (กชกร สังขชาติ, 2536) ประกอบกับการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลยิ่งทำให้ลดกิจกรรมทางสังคมลง ต้องแยกตัวออกจากสังคม เป็นเหตุให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลงตามไปด้วย Neugarten, Havighurst, and Tobin (1961) มองว่าการเป็นผู้ที่กระตือรือร้นที่จะสนองตอบต่อกิจกรรม บุคคล หรือเรื่องราวต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งชอบชีวิตของตนเอง ทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความพึงพอใจ ไม่ว่าจะ เป็นกิจกรรมที่ทำอยู่กับบ้าน หรือกิจกรรมที่ต้องติดต่อสังสรรค์กับผู้อื่น มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ จะมีความพึงพอใจในสภาพที่เป็นอยู่มากขึ้น

2.1.4 การรับรู้สุขภาพ (Health perception) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพาโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ผู้ดูแลต้องใช้ร่างกาย พลังงาน (Energy) และต้องใช้เวลาเกือบตลอดเวลา เพื่อทำกิจวัตรประจำวันทดแทน การเตรียมอาหาร รวมถึงพาผู้ป่วยไปรับ

บริการสุขภาพจากแหล่งบริการต่าง ๆ จนทำให้ขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง Touhy & Jett (2010) พบว่าร้อยละ 22 ของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย จนทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพทางกาย (Physical problem) สุขภาพทางจิต (Psychological problem) และด้านสังคม (Social stress) ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นผู้ป่วยซ่อนเร้น (The hidden patient) ผลกระทบดังกล่าวจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เกิดความเครียด อารมณ์หงุดหงิด

2.2 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม รวมถึงครอบครัวในด้านต่าง ๆ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรงหมายความว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ให้ผลประโยชน์ (Beneficial effect) ไม่ว่าบุคคลนั้นจะอยู่ภายใต้สภาวะความเครียดหรือไม่ก็ตาม กล่าวคือ ไม่ว่าบุคคลนั้นจะได้รับผลกระทบจากการดูแลแล้วหรือไม่ก็ตาม เมื่อได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลนั้นสามารถเตรียมพร้อม ปรับตัว และเผชิญต่อปัญหาต่าง ๆ ได้ ผลทางอ้อมหรือเรียกว่าปฏิกริยาความสมดุล (Buffer effect) จะช่วยให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปรับตัวจากผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่ตึงเครียด มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยพัฒนา หรือคงสภาพคุณภาพชีวิตหรือความพึงพอใจในชีวิตไว้

2.3 ภาระการดูแล (Burden) เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่ให้ข้อมูล ตามความรู้สึกของตนเองว่า การดูแลที่รับผิดชอบนั้นเป็นภาระ มีความยากลำบากเพียงใด Montgomery et al. (1985) มองว่าเป็นผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ที่มีต่อประสบการณ์จากการดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม และปฏิกริยาภาวะทางอารมณ์ เช่น ขาดความเป็นอิสระ สูญเสียรายได้ วิตกกังวล เครียด ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นขึ้นอยู่กับระดับความพิการที่เกิดจากโรค ลักษณะการพึ่งพาของผู้ป่วย และบทบาทของผู้ดูแลเอง เมื่อผู้ป่วยประสบปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ได้เพิ่มขึ้น ผู้ดูแลต้องมียุทธศาสตร์และเวลาในการดูแลเพิ่มมากขึ้น การที่ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน หากผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสอยู่คนเดียวโดยไม่มีใครช่วย ยิ่งเป็นการเพิ่มภาระมากขึ้น จะรับรู้ถึงภาระว่าเป็นงานที่หนักจนเกินไป หากเกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ดูแลกับบุคคลในครอบครัว หรือสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสไม่ดีอาจทำให้เกิดปัญหาการทะเลาะวิวาท ขาดความเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน แก้ปัญหาด้วยวิธีที่ไม่ถูกต้องเช่น ต้มเครื่องต้มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่มากขึ้น ยิ่งทำให้ได้รับผลกระทบมากขึ้น ส่งผลให้ระดับความพึงพอใจในชีวิตลดลง

2.4 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย (Marital relationship) ในชีวิตสมรสของผู้สูงอายุพบว่าช่วงปลายชีวิตเป็นช่วงที่มีความสุขมากที่สุด เนื่องจากถือว่าการผ่านการร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา (companionship) และการรับรู้ถึงความห่วงใยจากคู่สมรส นั้นมีความสัมพันธ์กับการมี

ความพึงพอใจในชีวิต (ภริญา วีระพันธ์, 2552) และจากการศึกษาของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) พบว่าภรรยาผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี จะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็นผลดี ร้อยละ 22

2.5 การรับรู้ความเครียด (Perceived stress) พบโดยรวมสูงสุดในกลุ่มคู่สมรสเมื่อเทียบกับญาติผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตรและเป็นพี่น้อง (เสาวภา พรวัดตะคุ, 2549) เพราะจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า ความอดทนน้อยลง ขาดความกระตือรือร้นและไม่มีสมาธิในการแก้ปัญหา หรือการเผชิญปัญหาลดลง ผู้ดูแลจะมีความกังวล และเกิดความไม่มั่นใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ระดับความพึงพอใจลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ostwald et al. (2009) ศึกษาพบว่า การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

จากแนวเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานดังนี้

ปัจจัยด้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะพึ่งพา และปัจจัยด้านผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล การรับรู้ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองดังรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองคือ ภาวะพึ่งพา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส
2. เพศ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส
3. การศึกษา มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส
4. การมีงานอดิเรก มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส
5. การรับรู้สุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส
6. ภาวะการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส
7. การรับรู้ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส
8. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส
9. สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะพึ่งพา การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และการรับรู้ความเครียด กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งนำผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะพึ่งพา
2. ปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และการรับรู้ความเครียด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) หมายถึง การที่ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสประเมินตนเองจากความรู้สึกภายในว่ามีความพึงพอใจในระดับไหน และประเมินความพึงพอใจในชีวิตออกมาเป็นภาพรวม วัดด้วยแบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต ตามแนวคิดของ Fugl-Meyer et al. (1991) ซึ่งเป็นการวัดความพึงพอใจในชีวิต ต่อองค์ประกอบความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมใน 8 ด้าน ดังต่อไปนี้ คือ ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living: ADL) กิจกรรมยามว่าง (Leisure) งานและการประกอบอาชีพ (Vocation satisfaction) ด้านรายได้ (Financial satisfaction) เรื่องเพศสัมพันธ์ (Sexual life) การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Contacts) ชีวิตครอบครัว (Family life) และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นกับคู่ชีวิต (Partner relationship)

2. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ข้อมูลลักษณะของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ที่ศึกษาในงานวิจัยนี้มี 4 เรื่องได้แก่

2.1 เพศ (Sex) หมายถึง เพศของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็นเพศชาย และเพศหญิง ข้อมูลนี้ได้จากให้เลือกตอบว่าเป็นเพศชาย หรือเพศหญิง ในแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

2.2 การศึกษา (Education) หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษาขึ้นไป ข้อมูลนี้ได้จากให้เลือกตอบว่าการศึกษายู่ในระดับใด ในแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

2.3 การมีงานอดิเรก (Hobby) หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสทำในเวลาว่างจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลนี้ได้จากให้เลือกตอบว่า มี หรือไม่มี หากมีงานอดิเรกให้ระบุกิจกรรมที่ทำ ในแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

2.4 การรับรู้สุขภาพ (Health perception) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสต่อสุขภาพของตนเอง วัดด้วยแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดของ Brook และคณะ (1979) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย มณฑกานต์ สุนปาน (2543) ซึ่งเป็นการวัดเกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพในปัจจุบัน ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความต้านทานและการเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

3. ภาวะพึ่งพา (Dependence) หมายถึง ลักษณะความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน วัดด้วยแบบประเมินความสามารถในชีวิตปฏิบัติในผู้สูงอายุไทย ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index: BAI) ของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24 -48 ชั่วโมงที่ผ่านมา การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ และการกลั้นการถ่ายอุจจาระ-ปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

4. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสต่อ เครือข่ายทางสังคมของตนเองถึงการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ วัดด้วยแบบสัมภาษณ์แหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 (The personal Resource Questionnaire: [PRQ] – Part 2) ตามแนวคิดของ Brandt and Weinert (1985) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ซึ่งเป็นการวัด การให้ความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม มี 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความใกล้ชิดสนิทสนม ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และด้านผู้ให้ความช่วยเหลือและแนะนำ

5. ภาระการดูแล (Burden) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสต่อการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง วัดด้วยแบบวัดภาระของผู้ดูแลตามแนวคิดของ Montgomery, Gonyea and Hooyman (1985) ผู้วิจัยใช้ฉบับที่ อัญชลี ยศกรรม (2551) ดัดแปลงจากแบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สร้างโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) มีข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ ซึ่งเป็นการประเมินประสบการณ์ของผู้ดูแล ว่ามีความรู้สึกและความนึกคิดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด

6. สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย (Marital relationship) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ถึงสัมพันธภาพระหว่างตนกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนที่จะเจ็บป่วย วัดด้วยแบบวัดการปรับตัวของคู่สมรส (Dyadic adjustment scale) ตามแนวคิดของ Spaneir

(1976) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) เป็นการวัดเกี่ยวกับการปรับตัวของคู่สมรส ประกอบด้วย ความพึงพอใจในคู่สมรส ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส ความกลมเกลียวกันของคู่สมรส และการแสดงความรัก

7. การรับรู้ความเครียด (Perceived Stress) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสต่อความเครียดจากการดูแลคู่สมรสที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง วัดด้วยแบบประเมินการรับรู้ความเครียด ตามแนวคิดของ Cohen, Kamarck and Mermelstein (1983) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542) ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับกับการรับรู้ความเครียดตามความคิดตามความรู้สึกในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และแนวทางในการส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นคู่สมรส

2. เพื่อให้บุคคลากรสุขภาพมีความเข้าใจเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะพึ่งพา ตัวแปรด้านผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และการรับรู้ความเครียดที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส นำความรู้ที่ได้ไปวางแผน หาแนวทางในการส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นคู่สมรส

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยปัจจัยด้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ภาวะพึ่งพา ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และการรับรู้ความเครียด โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.1 โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ
 - 1.2 ชนิดของโรคหลอดเลือดในสมอง
 - 1.3 สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วยและครอบครัว
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล
 - 2.1 ความหมายของผู้ดูแล
 - 2.2 ประเภทของผู้ดูแล
 - 2.3 ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน
 - 2.4 ความต้องการของผู้ดูแล
 - 2.5 แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแล
3. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต
 - 3.1 ความหมายของความพึงพอใจในชีวิต
 - 3.2 องค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิต
 - 3.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิต
 - 3.4 การวัดความพึงพอใจในชีวิต
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

สภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากวัยอื่น เนื่องจากมีความเสื่อมของการทำงานระบบต่าง ๆ ทั้งร่างกายโดยเฉพาะระบบประสาท, หัวใจ, หลอดเลือด, เอ็นโดครายต่าง ๆ และกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงนี้มักเกิดซ้ำ ๆ ในภาวะปกติของระบบต่าง ๆ ยังทำหน้าที่ได้ตามปกติ แต่ภาวะบีบคั้นไม่ว่าจะเกิดจากความบีบคั้นทางอารมณ์ หรือทางร่างกายจะทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรักษาภาวะสมดุลย์ของร่างกายไว้ได้ ทำให้มีอาการผิดปกติ และทำให้เป็นอันตรายแก่ชีวิตได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ นี้จะนำมาซึ่งการเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย หนึ่งในนั้นคือโรคหลอดเลือดสมอง (คณะกรรมการวิชาการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและพัฒนาสังคม วุฒิสภา, 2534)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular disease) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต และภาวะทุพพลภาพอันดับสามในโลกตะวันตก องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการโดยภาพรวมว่า ทุก ๆ ปีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก ในจำนวนนี้ 5 ล้านคนต้องสูญเสียชีวิต และอีก 5 ล้านคนเกิดความพิการอย่างถาวร จำนวน 2 ใน 3 เกิดในประเทศกำลังพัฒนา (World health organization, 2011: online) ปัจจุบันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 70.2 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในแถบประเศยุโรปเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และพบมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป (Lokk and Delbari, 2012; Hornsten, Molander and Gustafson, 2012) ในผู้สูงอายุไทยโรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในทั้งเพศชายและเพศหญิง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงสุดเท่ากับ 251.57 ต่อประชากรแสนคน (19,601 ราย) เพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิงร้อยละ 40-76 ส่วนเพศหญิงมีอัตราการเกิด 1.5 เท่า แต่ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองเท่า ๆ กัน (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย, 2556 ; Poynter, et al. (2009)

ผู้สูงอายุพบว่าเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้บ่อย เนื่องจากในวัยนี้หลอดเลือดมีการแข็งตัว ความยืดหยุ่นลดลงหลอดเลือดมีการขยายตัวได้น้อยลงส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยงจะถูกทำลายและบริเวณรอบๆ นั้นจะมีเลือดไปเลี้ยงลดลง ในภาวะปกติสมองจะทำงานได้ตามปกติต้องมีเลือดมาเลี้ยง (Cerebral blood flow) 50-55 มล./100 กรัมสมอง/นาที่ เมื่อมีเลือดไปเลี้ยงลดลงต่ำกว่า 18 มล./100 กรัมสมอง/นาที่ เป็นผลทำให้เซลล์บริเวณนั้นสูญเสียหน้าที่ทางสรีรวิทยา แต่ยังไม่ตาย (จเร ผลประเสริฐ, 2528) อาการและอาการแสดงของโรคมักมีอาการเกิดขึ้นทันที ทันใดอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว แขนขาอ่อนแรง มีปัญหาการพูดและการกลืนลำบาก ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระได้ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการจน

อาการคงที่ซึ่งมักจะใช้เวลา 24-72 ชั่วโมง ระยะเวลาภายใน 4 ชั่วโมง ในด้านการรักษาถ้ามีเลือดไปเลี้ยงสมองหรือได้รับการรักษาทันเวลา สมองส่วนนี้สามารถกลับมาทำหน้าที่ได้ แต่ถ้ารักษาช้าจะทำให้สมองบริเวณนี้ถูกทำลายอย่างถาวรจากงานวิจัยของ Olai et al. (2012) ที่ศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 1 ปีแรก พบว่า ร้อยละ 90 เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาที่เกิดขึ้นมักพบความบกพร่องด้านการสื่อสาร (Communications) การรู้คิด (Cognitive) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 17 ยังคงหลงเหลือความพิการร้อยละ 90 และร้อยละ 50 ที่มีชีวิตรอดจากโรคหลังพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน

1.2 ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

จเร ผลประเสริฐ (2530) ได้แบ่งชนิดของโรคหลอดเลือดสมองตามลักษณะทางพยาธิสภาพสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1.2.1 Cerebral ischemia หรือ occlusive CVD เกิดจากการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอเพียงซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดเอง เช่น หลอดเลือดตีบ, หลอดเลือดอุดตัน หรือเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในการไหลของเลือด เช่น เลือดมีความหนืดสูง เป็นต้น

ความรุนแรงของการเกิดอาการแสดงของ cerebral ischemia ขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของการลดลงของ cerebral blood flow ระยะการเกิดที่เกิด cerebral ischemia และบริเวณที่เกิด ischemia (grey matter หรือ white matter) ในระยะแรกที่มีการลดลงของ cerebral blood flow จะมีการเพิ่มการสกัดออกซิเจน (oxygen extraction) จากกระแสโลหิต การใช้ออกซิเจนของสมอง (oxygen consumption, CMRO₂) จึงยังคงที่อยู่ เมื่อ cerebral blood flow ลดลงต่ำกว่า 20 มล. /100ก. /นาที่ จะทำให้ความเข้มข้นของออกซิเจน (oxygen tension) ในกระแสเลือดต่ำลงจนการเพิ่มการสกัดออกซิเจนจากกระแสเลือดไม่สามารถดำเนินต่อไปได้ ซึ่งจะทำให้เริ่มเกิดอาการแสดงทางคลินิก เช่น อาการอ่อนแรงหรือสับสนถ้า cerebral blood flow ลดลงต่ำกว่า 18 มล. / 100 ก. / นาที่ จะทำให้เกิด spontaneous action potential ของสมองหมดไป ซึ่งตรวจได้จากการทำ EEG ถ้า cerebral blood flow ลดลงต่ำกว่า 15 มล. / 100 ก. / นาที่ จะทำให้เกิด electrical shut down ซึ่งตรวจได้โดยการทำ evoked potential ถ้า cerebral blood flow ลดลงต่ำจนถึงระดับ 6-10 มล. / 100 ก. / นาที่ ก็จะทำให้การทำงานของ cell membrane เสียไป ซึ่งจะตรวจพบได้โดยการมี potassium ถูกปล่อยออกจากเซลล์ ถ้า cerebral blood flow ลดลงต่ำขนาดนี้เป็นเวลานาน 30-60 นาที อาจทำให้เกิด irreversible damage ได้

1.2.2 Hemorrhagic stroke เกิดเนื่องจากมีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ อาจแบ่งเป็น

1.2.2.1 Intracerebral hemorrhage คือ มีเลือดออกในเนื้อสมองชั้นเองโดยไม่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด มีอัตราการตายสูงถึงประมาณร้อยละ 50 การเกิดโรคมักพบในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา หรือรักษาไม่สม่ำเสมอ กลไกการเกิดยังไม่สามารถสรุปได้ แต่อธิบายกลไกที่น่าจะเป็นไปได้ 3 กลไก คือ 1) ในคนที่มีความดันโลหิตสูง (อาจมีเบาหวานร่วมด้วย) จะเกิด atherosclerosis ทำให้หลอดเลือดมีความอ่อนแอของผนังของหลอดเลือดแดง เมื่อมีความดันโลหิตสูงก็จะทำให้หลอดเลือดแตก 2) ความดันโลหิตสูงทำให้เกิด aneurysm เล็ก ๆ ที่ผนังของหลอดเลือดแตก 3) ความดันโลหิตสูงจะทำให้มี arteriolar spasm จึงทำให้สมองที่เลี้ยงหลอดเลือดนั้นเกิดภาวะ hypoxia, necrosis แล้วมี hemorrhage การเกิด Intracerebral hemorrhage จะเกิดที่ส่วนใดของสมองก็ได้ ตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือ putamen ของ basal ganglia และตำแหน่งที่พบรองลงไปตามลำดับได้แก่ white matter ของ lobes ต่าง ๆ ของ cerebral hemisphere, thalamus, cerebellar hemisphere และ pons หรือ brain stem อาการแสดงขึ้นกับตำแหน่งหากเกิดบริเวณ cerebellar hemisphere ผู้ป่วยมักมีอาการปวดศีรษะมาก บางรายมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สึกตัวด้วย ผู้ป่วยมักมีอาการชาและอ่อนแรงในส่วนครึ่งหนึ่งของร่างกายซีกตรงกันข้ามกับรอยโรค ภาวะเลือดออกในสมองส่วน cerebellum มักเกิดที่ซีกใดซีกหนึ่ง โดยเริ่มที่ตำแหน่ง dentate nucleus ผู้ป่วยจะสูญเสียการทรงตัว เดินเซ คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง ปวดศีรษะเป็นต้น

1.2.2.2 Subarachnoid hemorrhage (SAH) พบได้ประมาณร้อยละ 5 มักเกิดจากมีเลือดออกใน subarachnoid space ถ้าไม่มีเลือดออกในสมองร่วมด้วยเรียกว่า primary subarachnoid hemorrhage ซึ่งมีสาเหตุได้หลายอย่างส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติหลอดเลือดคือ aneurysm ทำให้ผู้ป่วยปวดศีรษะอย่างมาทันที อาเจียน และมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สึกตัว ผู้ป่วยที่เป็น SAH มักมีอายุน้อยกว่า และมักไม่มีโรคประจำตัว การตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยมีคอแข็ง และมีอาการแสดงที่บ่งว่ามีการระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมอง เช่น kernig's และ brudzinski's sign การบีบเกร็งของหลอดเลือด (vasospasm) ภายหลังหลอดเลือดแตก และภาวะเนื้อสมองตายที่เกิดขึ้นตามมา เป็นสาเหตุของความพิการที่เกิดขึ้น

1.3 สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองไม่ทราบสาเหตุโดยตรงที่แน่ชัด เชื่อว่าเกิดจากสาเหตุเกี่ยวข้อง กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (2547) อธิบายปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่

1.3.1 อายุ เมื่ออายุมากขึ้นอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มแบบทวีคูณที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจน โดยพบว่า กลุ่มคนที่อายุมากกว่า 55 ปี จะมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็น 2 เท่าของคนอายุน้อย ทั้งนี้เนื่องจากความเสื่อมของหลอดเลือดเมื่ออายุมากขึ้น

1.3.2 เพศ เพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 44-76 นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเกือบทุกช่วงอายุเช่นกัน

1.3.3 ชาติพันธุ์ การศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่าคนพื้นเมือง คนเอเชีย และคนเชื้อสาย Hispanic มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าคนผิวขาว แต่ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สามารถบอกได้ว่า ความเสี่ยงและอัตราการเสียชีวิตที่แตกต่างนั้นเกิดจากปัจจัยด้านกายภาพ ความแตกต่างด้านเศรษฐกิจฐานะ หรือโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ

1.3.4 พันธุกรรม ข้อมูลจาก Framingham study พบว่าผู้ที่มีบิดา หรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคนี้นี้มากกว่าปกติ 1.4 เท่า โดยด้านบิดาเพิ่มความเสี่ยง 2.4 เท่า การติดตามคู่แฝดในประเทศเดนมาร์ก พบว่าคู่แฝดเหมือนจากไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) มีความเสี่ยงสัมผัสที่จะป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1.5 เท่าของคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (dizygotic twins)

ประเสริฐ อัสสันตชัย (2552) อธิบายปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุ ดังนี้

1.3.5 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย โดยเชื่อว่าความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดจะหนาและแข็งผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงก็เป็นปัจจัยสำคัญทำให้หลอดเลือดสมองตีบตันและแตกได้

1.3.6 โรคเบาหวาน พบในผู้สูงอายุไทยที่อายุมากกว่า 65 ปีถึงร้อยละ 17.2 และพบภาวะ impaired fasting plasma glucose ร้อยละ 5.4 ผู้ป่วยเบาหวาน มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติประมาณ 2-3 เท่า กลไกของโรคเบาหวานที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดการหนาและแข็งตัวของหลอดเลือดและความดันโลหิตสูง

1.3.7 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ผู้สูงอายุไทยในชนบทพบว่าร้อยละ 70 มีระดับคอเรสเตอรอลรวม (total cholesterol: TC) มากกว่า 240 มก./ดล. และคอเรสเตอรอลชนิด LDL มากกว่า 160 มก./ดล. ร้อยละ 25 มีระดับคอเรสเตอรอลชนิด HDL ต่ำกว่า 35 มก./ดล. โดยระดับ TC ที่สูงกว่า 240-270 มก./ดล. มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด และระดับคอเรสเตอรอลชนิด HDL ที่ต่ำก็มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน

1.3.8 ปัจจัยอื่นๆ เช่น

1.3.8.1 การสูบบุหรี่ ผู้สูงอายุไทยยังสูบบุหรี่ร้อยละ 27.3 โดยผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง 5 เท่า (อัตราส่วนชายต่อหญิงที่ยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 35.5 ต่อ 7.3 ในเขตเมืองและร้อยละ 58.6 ต่อ 11ในเขตชนบท) ผลของการสูบบุหรี่ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ ได้แก่

ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลงการเพิ่มระดับ fibrinogen การจับกลุ่มของเกร็ดเลือด (platelet aggregation) การลดคอเรสเตอรอลชนิด HDL และการเพิ่มความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง

1.3.8.2 การตีมนแอลกอฮอล์ ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 22.6 ตีมนสุรา (อัตราส่วนชายต่อหญิงคิดเป็นร้อยละ 29.9 ต่อ 7.9 ในเขตเมืองและร้อยละ 39.2 ต่อ 15.7 ในเขตชนบท) แอลกอฮอล์มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองคือปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ดื่มยิ่งสูงยิ่งมีโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น

1.3.8.3 ภาวะอ้วน สำหรับคนเอเชียใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ตั้งแต่ 23 กก./ตารางเมตรขึ้นไปถือว่าเป็นน้ำหนักเกิน (overweight) และมากกว่า 25 กก./ตารางเมตรขึ้นไปถือว่าเป็นภาวะอ้วน เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นด้วย

1.4 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วยและครอบครัว

การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเกิดจากการมีพยาธิสภาพที่สมองซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของร่างกายนี้ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและปัจจัยเสี่ยงที่เกิดร่วมซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบดังนี้

1.4.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดจะสูญเสียหน้าที่การทำงาน ซึ่งระยะเวลาของการสูญเสียและการฟื้นคืนขึ้นอยู่กับว่าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงนานเพียงใด และขึ้นอยู่กับว่าสมองส่วนใดเกิดพยาธิสภาพ ซึ่งปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่

1.4.1.1 ปัญหาเกี่ยวกับระบบการสั่งการการเคลื่อนไหว (Motor problem) พบมากถึงร้อยละ 87 (Jones, 2006) ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดซีกขวามิดปกติ (Brain's right hemisphere) จะมีแขน ขาซีกซ้าย อ่อนแรง หรืออัมพาต มีความพร่องด้านความจำ พฤติกรรม อารมณ์ การรับรู้ตำแหน่งของร่างกาย และความสนใจ มีความพร่องในการ กะระยะ ความผิดปกติที่เกิดกับผู้ป่วยมักทำให้มีการสูญเสียการทำงานเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก สูญเสียอำนาจการควบคุมตัวเองทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และไม่สามารถนั่งหรือเดินได้

1.4.1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา ในคนส่วนใหญ่มีศูนย์การควบคุมเกี่ยวกับการใช้ภาษาอยู่ทางด้านซ้าย และเนื่องจากการใช้ภาษาเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นสมองส่วนซ้ายจึงมักถูกเรียกว่า dominant hemisphere ความผิดปกติของสมองส่วนนี้ จะทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ดังนี้ (จเร ผลประเสริฐ, 2528)

1.4.1.2.1 Aphasia บริเวณของส่วนสมองซีกซ้ายที่สำคัญในการควบคุมเกี่ยวกับภาษา คือ Primary auditory cortex, Wernick's area, Broca's area ทำหน้าที่ควบคุม

เกี่ยวกับการพูด การรู้กฎไวยากรณ์บางอย่างและความสามารถในการจดจำ การเรียนภาษาโดยการท่องจำ

1.4.1.2.2 Broca's area ใน dominant hemisphere จะทำให้ไม่สามารถนึกคำพูด และเสียงออกตามความหมายที่ต้องการหรือตามความคิดที่ต้องการได้ เรียก motor aphasia or expression aphasia ผู้ป่วยมีการรับรู้ดี รู้เรื่องเข้าใจคำถามหรือคำสั่งแต่พูดไม่ได้ตามความหมายที่ต้องการได้ทั้ง ๆ ที่อวัยวะที่ใช้ในการออกเสียงสมบูรณ์มีสภาพปกติ คือไม่มี paralysis ที่ลิ้นริมฝีปาก หรือ vocal cord ผู้ป่วยสามารถเข้าใจทำตามที่บอกหรือตามคำสั่งที่ตนเห็นได้

1.4.1.2.3 Wernicke's area ผู้ป่วยจะพูดทวนคำไม่ได้บอกชื่อสิ่งของไม่ได้ และไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพูดแต่ผู้ป่วยมีลักษณะการพูดแบบ fluent aphasias คือการพูดได้อย่างคล่องแคล่วแต่เนื้อหาของคำพูดไม่สามารถเข้าใจได้เนื่องจากการใช้ภาษาที่ผิดไปจากปกติ

1.4.1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในส่วนของ Frontal lobes รอยโรคในสมองส่วนนี้จะทำให้เกิดการตัดสินใจที่ผิดพลาด การทำงานขาดการวางแผน และไม่มีแรงกระตุ้นในการทำงาน

1.4.1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับความทรงจำ ความทรงจำเป็นหน้าที่สำคัญของ limbic system และ thalamus ซึ่งรวมถึง hippocampus รอยโรคที่เกิดในโครงสร้างนี้ จะทำให้เกิด amnesic syndrome แบ่งออกเป็น anterograde amnesia (เสียความสามารถในการเรียนสิ่งใหม่ ๆ) retrograde amnesia (เสียความสามารถที่จะระลึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนที่จะเกิดรอยโรค) และ Relative sparing of remote memory (เสียความจำในสิ่งใหม่ ๆ แต่เรื่องราวในอดีตจำได้ค่อนข้างดี) อาการ anterograde amnesia และ retrograde amnesia มักเกิดร่วมกันเสมอ อาการอื่น ๆ ที่พบความผิดปกติ เช่น กินจุ ดุร้าย และสับสน

1.4.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ เมื่อเกิดผลกระทบทางด้านร่างกายหากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อการสูญเสียได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเอง พบว่าผู้ป่วยสูงอายุหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มีภาวะซึมเศร้า พบอัตราการเกิดสูงถึง ร้อยละ 6-79 (ประเทศสวีเดนพบอัตราการเกิดร้อยละ 50.4) ซึ่งแสดงอาการคือนอนติดเตียงไม่สนใจในการปฏิบัติกิจวัตรช่วยเหลือตนเอง (vegetative sign) มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีปัญหาเรื่องการนอน ขาดความสนใจในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และเบื่ออาหาร (Lokk and Delbari, 2010)

1.4.3 ผลกระทบด้านสังคม ผลจากสภาพปัญหาทางด้านร่างกายประกอบกับมีปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วย จากสาเหตุหลายประการ เช่น ผู้ป่วยรู้สึกอับอายที่ตนพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้ปฏิบัติตามแบบแผน ขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคมได้ จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมได้

หรือ เข้าร่วมกิจกรรมได้น้อยลง (ฉันทนา นาคฉัตรีย์, 2546) เป็นเหตุให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม (social isolation) ส่งผลให้เกิดปัญหา เช่น การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพและบทบาทในสังคม ทำให้สังคมของผู้ป่วยแคบลง สภาพการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย

1.4.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นระยะเฉียบพลันหรือระยะเรื้อรัง ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีการค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น นอกเหนือจากสิทธิการรักษาของผู้ป่วยเองแล้ว ส่วนใหญ่ญาติต้องรับภาระนี้ด้วยตนเอง และบางรายญาติอาจต้องออกจากงาน เพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วย ก่อให้เกิดปัญหาการเงินได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

1.4.5 ผลกระทบต่อครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ครอบครัวต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ และแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อดูแลผู้ป่วย ครอบครัวจะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการกลับเข้าสู่สังคมของผู้ป่วย ครอบครัวต้องช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมมากที่สุด ทั้งระดับความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่า และคงไว้ซึ่งบทบาทในสังคมของผู้ป่วย จากบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มเข้ามาก่อให้เกิดผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เช่น เกิดการเจ็บป่วยจากการดูแล เครียด วิตกกังวล ชัดแย้งเพราะต้องมีหลายบทบาท เป็นต้น (สิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552)

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

2.1 ความหมายและคำจำกัดความของผู้ดูแล

จากการทบทวนองค์ความรู้ การให้ความหมายของผู้ดูแล มีผู้ให้ความหมายที่มีความคล้ายคลึงกัน แต่ยังไม่มีความหมายที่ชัดเจน ไม่ได้ระบุชี้ชัดว่าผู้ดูแลคือใคร ทำหน้าที่อย่างไร เนื่องจากกลุ่มผู้ที่ได้รับการดูแลมีปัญหา และความต้องการที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงไม่สามารถระบุความหมายของผู้ดูแลได้ชัดเจนได้ อย่างไรก็ตามก่อนพิจารณาให้ความหมาย และคำจำกัดความของผู้ดูแล ศิริวรรณศิริบุญ (2545) ได้อธิบายถึงองค์ประกอบของการเป็นผู้ดูแล (Caretaker) ซึ่งประกอบด้วย “ผู้” และ “ดูแล” ซึ่งการที่จะกำหนดว่าใครคือผู้ดูแล จึงต้องพิจารณาองค์ประกอบทั้งสองโดยละเอียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดค่านิยาม

ผู้ หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้กระทำหรือให้ อาจครอบคลุมถึงบุคคลที่เป็นญาติ บุคคลในครัวเรือน เพื่อนบ้าน กลุ่มคนหรือองค์กรในชุมชน บุคลากรในสถานบริการทั้งที่เป็นสถานบริการระยะสั้นและระยะยาวของภาครัฐและเอกชน ตลอดจนบุคลากรของรัฐที่ร่วมในการบริการชุมชน อาทิ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด หรืออาสาสมัครผู้ดูแล

ดูแล หมายถึง การกระทำ การให้ หรือการดำเนินการอันเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ได้รับการดูแล
พิจารณาได้สองลักษณะ คือ

การดูแลจัดการ (Care management) หมายถึง การจัดการภารกิจต่าง ๆ แทน
ผู้สูงอายุ ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้ว ผู้สูงอายุยังสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง

การดูแลช่วยเหลือ (Care providing) หมายถึง การปฏิบัติกิจทดแทน เนื่องจาก
ผู้สูงอายุกระทำได้ หรือเป็นการช่วยเหลือกิจบางส่วน หรือเป็นการช่วยเฝ้าระวังซึ่งมีความจำเป็น
ต่อการป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียหรืออุบัติเหตุขึ้น เช่น การติดตามเฝ้าระวัง (supervise) เวลาที่ผู้สูงอายุ
เดิน

ดังนั้นจึงมีผู้ให้คำจำกัดความของผู้ดูแลไว้ดังนี้

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2549) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็น
ญาติ หรือเพื่อน ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ไม่เคยผ่านการ
ฝึกอบรมในด้านการดูแลมาก่อน ไม่ได้รับเงินค่าตอบแทน และให้การดูแลด้วยความรักและเอื้ออาทร
ดังนั้นผู้ดูแลอาจเป็น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) ได้จำแนกความหมายของผู้ดูแลออกเป็น 5 มิติ ดังนี้

1. การให้ความหมายในมิติของการดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่น ผู้ดูแล หมายถึง
ผู้ให้การสนับสนุนดูแลและดำเนินการสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น
2. การให้ความหมายในมิติของการดำเนินการในลักษณะการให้ความช่วยเหลือกับบุคคลที่
ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ดูแลเอาใจใส่ผู้อื่น ไม่ว่าจะ เป็นเพื่อนหรือญาติที่มีปัญหาทางด้าน
สุขภาพหรือพิการ ต้องการความช่วยเหลือ
3. การให้ความหมายในมิติของความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกใน
ครอบครัวหรือญาติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน
4. การให้ความหมายในมิติของความรับผิดชอบต่อการดูแล ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่
รับผิดชอบในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวกับผู้ที่ต้องพึ่งพิงในบทบาทหลักหรือบทบาทรอง

Lawton and Rubintein (2000) ให้ความหมายว่า ผู้ดูแลคือผู้ที่พิจารณาตนเอง และ
ตัดสินใจที่จะรับบทบาทในฐานะผู้ดูแล เพื่อให้ความช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
ซึ่งเน้นให้การช่วยเหลือปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลส่วนมากมักเป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นสมาชิกใน
ครอบครัว อาจเป็นบุตรหลาน หรือภรรยา

National Alliance for caregiving (1996) ให้ความหมาย ผู้ดูแล คือบุคคลที่ให้การ
ตอบสนองต่อความต้องการต่อบุคคลอื่นที่ต้องการความช่วยเหลือ

จากความหมายของผู้ดูแลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ดูแลจะหมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการให้ความช่วยเหลือ เอาใจใส่ บุคคลที่มีปัญหาการเจ็บป่วย มีภาวะทุพพลภาพ อยู่ในภาวะพึ่งพาไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ บุคคลที่ได้รับการดูแลอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลอื่น 2.2

ประเภทของผู้ดูแล

จากการศึกษาผู้ดูแล สามารถแบ่งประเภทของผู้ดูแลในมิติต่าง ๆ ได้ดังนี้

2.2.1 เมื่อพิจารณาในมิติของความรับผิดชอบต่องานการดูแล ซึ่งเป็นการพิจารณาในประเด็นที่ว่า บุคคลนั้นได้ใช้เวลาส่วนใหญ่ หรือมีภารกิจในการดูแลผู้ป่วย ผู้พิการ ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่อยู่ในภาวะการพึ่งพิงอื่น ๆ สามารถแบ่งผู้ดูแล ได้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

2.2.1.1 ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง เป็นผู้รับผิดชอบประจำและต่อเนื่องให้การดูแลผู้ที่ได้รับการดูแลโดยตรงและใช้เวลาในการดูแลมากกว่าผู้อื่น

2.2.1.2 ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregivers) หมายถึง ผู้ที่เกี่ยวข้องบางส่วนของการดูแล และให้การดูแลในลักษณะผู้ช่วยของผู้ดูแลหลัก

2.2.2 การแบ่งประเภทของผู้ดูแลในมิติของรูปแบบการดูแล สามารถแบ่งผู้ดูแล ได้เป็น 2 ลักษณะคือ

2.2.2.1 ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติหรือเพื่อน เพื่อนบ้าน แต่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพิงโดยได้รับค่าตอบแทน หรือผู้ดูแลที่มาจากสถานพยาบาล หรืออาสาสมัครที่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อน และได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งพนักงาน หรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Health care assistant)

2.2.2.2 ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) เรียกอีกอย่างหนึ่งได้ว่า ญาติผู้ดูแลที่บ้าน (Family caregiver) หมายถึง ญาติ เพื่อน หรือผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามขนบธรรมเนียมประเพณี โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ผู้ดูแลอาจไม่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อน การดูแลอาจนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักมีความสัมพันธ์เป็น 1 ต่อ 1

Parker (1992) อ้างในศิริพันธ์ สาสัตย์ ได้อธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดังนี้

2.2.2.2.1 ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือญาติผู้ดูแล (Family caregivers /Caregivers) หมายถึงผู้ให้การดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วยผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรอง ซึ่งขึ้นอยู่กับสมาชิกในครอบครัวทำความเข้าใจและตกลงกัน

2.2.2.2.2 ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (Informal helper) หมายถึงผู้ให้การดูแลที่เป็นเครือญาติอื่น ๆ หรือคนต่างครอบครัว เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน ที่มีน้ำใจหรือเป็นการตอบแทนบุญคุณที่ผู้ป่วยเคยมีให้ในอดีต โดยไม่คิดค่าตอบแทน

2.3 ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน

การที่มีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้น และมีความต้องการการดูแล (Caregiving command) ทำให้สมาชิกที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงความรับผิดชอบที่เคยทำอยู่ จึงมีผลทำให้เกิดผลกระทบตามมาศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) ได้อธิบายผลกระทบต่าง ๆ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological problem) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะทำหน้าที่เพียงคนเดียว มิได้มีการสับเปลี่ยน ทำให้เกิดความอ่อนเพลียไม่มีแรง และบางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ ปัญหาที่มักพบคือ

2.3.1.1 ปวดหลัง (Back age) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักบ่นว่ามีอาการปวดหลัง ปวดต้นคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อันเนื่องมาจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีไม่ถูกต้อง และเกินกำลังตนเอง ปัญหาการปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจที่มีสาเหตุมาจากภาวะเครียดที่จะสื่อให้ทราบว่า ภาระที่ผู้ดูแลรับไว้หนักขึ้นวันยิ่งเพิ่มมากขึ้นและเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาวะนั้น

2.3.1.2 อ่อนเพลียไม่มีแรง เนื่องจากผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ จึงทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย และยังทำให้ผู้ดูแลอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย ได้เช่นกัน

2.3.1.3 มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น (Increase health problem) ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยา ซึ่งเป็นผู้สูงอายุด้วยกันทั้งคู่และมักมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ทานอาหารและยาไม่เป็นเวลา ดูแลสุขภาพของตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วมีอาการกำเริบมากขึ้น และอาจมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมา

2.3.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ และความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล

2.3.2.1 อารมณ์เศร้า (Sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้ง ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่เนื่องจากผู้ป่วยจำผู้ดูแลไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนไปทำให้เกิดอารมณ์เศร้าเบื่อหน่าย รู้สึกไม่มีแรง ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ

2.3.2.2 ความรู้สึกผิด (Guilt) บางครั้งผู้ดูแลอาจโกรธทะเลาะกับผู้ป่วย เนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ และมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองในภายหลัง

2.3.2.3 ความโกรธ (Anger) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตนเอง โกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

2.3.2.4 ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) ในผู้ป่วยที่สมองเสื่อม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีปัญหาด้านความจำ การรู้คิด แล้วยังมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอายได้

2.3.2.5 ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวก เหมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ

2.3.3 ผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจ (Socio – economic problem)

2.3.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนงานเต็มเวลาเป็นทำงานบางเวลาหรือบางรายอาจต้องเสียสละลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา

2.3.3.2 รายได้ลดลง ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงาน หรือต้องลาออกจากงานเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้ ทำให้รายได้ไม่เพียงพอบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย

2.3.3.3 ความขัดแย้งภายในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้ว จะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลัดภาระในการดูแล และค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัว ในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้ว อาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัว

2.4 ความต้องการของผู้ดูแล

จากการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าความต้องการของผู้ดูแลมี 5 ประการ คือ

2.4.1 ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Demand Of information) ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางร่างกายของผู้สูงอายุ การพยากรณ์โรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2.4.2 ความต้องการด้านเวลา (Demand Of time) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่เรื้อรังมานานกับระยะเวลาการดำเนินของโรคที่เกิดขึ้นยาวนานนั้น ทำให้เกิดผลกระทบกับเวลาของการดูแลที่มากขึ้น ผู้ดูแลจึงต้องมีการจัดตารางประจำวันและบทบาทที่ต้องการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุหลายชั่วโมงในหนึ่งวัน โดยให้การดูแลทั้งในด้านอารมณ์ และด้านร่างกาย

2.4.3 ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแล (Assistance with care) การได้รับการช่วยเหลืออย่างเป็นทางการหรือจากการช่วยเหลือภายในกลุ่มนั้น จะสามารถลดภาระของผู้ดูแลลงได้ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีบทบาทในหลาย ๆ ด้านทั้งงานนอกบ้าน ในบ้าน ในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพานั้นจะมีทั้งผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง รวมทั้งผู้ที่ให้การช่วยเหลือเป็นครั้งคราว ได้แก่ คำแนะนำ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย อำนาจสั่งสะตวกหรืออุปกรณ์ที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน รวมทั้งการแนะนำแหล่งที่เป็นประโยชน์ที่สามารถแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นระหว่างการดูแล

2.4.4 ความต้องการทางด้านรายได้ (Demand of finances) การให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพานั้น ผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแล เช่น ค่าเดินทาง ค่ารักษา ค่าอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ค่าอุปกรณ์ ค่าน้ำ ไฟ และค่าโทรศัพท์ ทั้งนี้ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลส่วนมากจะมีบทบาทในเรื่องช่วยเหลือค่าใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุ

2.4.5 ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือบรรเทาความกลัวต่าง ๆ ได้แก่ กลัวความรับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้ป่วย กลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต รวมทั้งต้องการพูดคุยกับเพื่อนหรือญาติเพื่อลดความตึงเครียด

2.5 แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่ามีรูปแบบการให้การช่วยเหลือครอบครัวในฐานะผู้ดูแลไว้ 3 รูปแบบ ได้แก่

2.5.1 การบริการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบช่วงสั้น (Respite care)

Respite หมายถึง การบริการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบชั่วคราว ระยะเวลาสั้น ๆ เช่น ศูนย์บริการดูแลกลางวัน (Day care center) การบริการพยาบาลที่บ้าน (Home care) หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วงเวลาสั้น ๆ เพื่อช่วยเหลือบรรเทาภาระกิจ ความเบื่อหน่ายของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในช่วงเวลาสั้น ๆ เพื่อให้ผู้ดูแลมีโอกาสรักผ่อน และทำกิจกรรมอย่างอื่นที่มีความสนใจ การบริการลักษณะนี้ เช่น

2.5.1.1 ศูนย์บริการดูแลกลางวัน (Day care center) เป็นหน่วยงานให้บริการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในเวลากลางวัน การดูแลที่ให้ เช่น การดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่องเพื่อให้เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ การดูแลด้านโภชนาการ การพักผ่อน การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแล

2.5.1.2 In - Home Respite เช่น รูปแบบการบริการพยาบาลที่บ้าน โรงพยาบาลจะจัดบริการนี้แก่ครอบครัวของผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นบริการที่ให้ฟรี การบริการนี้เกิดขึ้นตามนโยบายของโรงพยาบาลในการจำหน่ายผู้ป่วยที่รวดเร็ว และ

เนื่องจากเทคโนโลยีของการแพทย์ที่ก้าวหน้าทำให้การรักษาพยาบาลมีความซับซ้อน ทำให้ครอบครัวต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2.5.2 กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self - Help group) กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะสนับสนุนผู้ดูแลทั้งการให้ความรู้ และการช่วยเหลือด้านการปฏิบัติการดูแล นอกจากนี้ยังช่วยเหลือแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลประจำวัน โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

2.5.3 การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือครอบครัวในฐานะผู้ดูแล กระทำได้โดยบริการการให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นการสนับสนุนครอบครัวด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสารที่ครอบครัวต้องการ ครอบครัวอาจเลือกใช้บริการในรูปแบบผสมผสาน เช่น ใช้บริการการให้คำปรึกษา บริการดูแลกลางวัน และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ประเภทของข้อมูลที่ผู้ดูแล ต้องการปรึกษาระหว่างมารับบริการให้คำปรึกษา ได้แก่

2.5.3.1 สภาวะทางอารมณ์ โดยเฉพาะความโกรธ ความคับข้องใจ และความเสียใจ สิ่งเหล่านี้เป็นอารมณ์ปกติที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่ถ้าหากอารมณ์เหล่านี้เกิดขึ้นแล้วจะทำให้ผู้ดูแลคิดปรารถนาให้ผู้เจ็บป่วยตายไป ถ้าคิดเช่นนี้ความรู้สึกผิดจะตสมมา ทำให้ผู้ดูแลยิ่งมีความเครียดมากขึ้น

2.5.3.2 สุขภาพของผู้ดูแล เกิดจากการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลต้องระวังสุขภาพของตนเองมากขึ้น ในบางครั้งผู้ดูแลอาจต้องการคำปรึกษาในเรื่องเกี่ยวกับ

2.5.3.3 การตัดสินใจของผู้ดูแล ในบางครั้งผู้ดูแลอาจต้องการคำปรึกษาเพื่อตัดสินใจ ในเรื่องเกี่ยวกับความขัดแย้งระหว่างตนเอง ผู้ป่วย และสมาชิกคนอื่น ๆ

2.5.3.4 การเปลี่ยนแปลงบทบาท ผู้ดูแลจะมีบทบาทใหม่เพิ่มเติมจากบทบาทเดิมที่มีอยู่ ในบางกรณีผู้ดูแลอาจต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทจากที่เคยแสดงมาก่อน ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทเกิดขึ้น

2.5.3.5 บางกรณีผู้ดูแลอาจต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทจากที่เคยแสดงมาก่อน ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทเกิดขึ้น

2.5.3.6 สุขภาพของผู้ป่วย ในบางครั้งผู้ดูแลรู้สึกว่าการตนเองทำงานหนัก แต่ผู้ป่วยยังคงทุกข์ทรมานจากโรค ผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกผิด คับข้องใจที่ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นได้

2.5.3.7 การดูแลบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นภาระหนักทั้งสองอย่างในเวลาเดียวกัน ผู้ดูแลจะเกิดความคับข้องใจเมื่อตกอยู่ในสภาวะการณดังกล่าว

3. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต

3.1 ความหมายของความพึงพอใจในชีวิต

ความพึงพอใจในชีวิตเป็นความรู้สึกที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล ต่อสภาพความเป็นอยู่หรือสภาพที่บุคคลเผชิญอยู่เป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล (Ferrans & Powers, 1995 cited in Zhan, 1992) นักวิชาการบางคนเช่นนักเศรษฐศาสตร์จะมองว่าความสุข (Happiness) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) และความอยู่ดีเชิงอัตวิสัย (Subjective well-being) มีความหมายเหมือนกันและใช้แทนกันได้และใช้คำทั้งสามนี้เหมือนกับแนวคิดอรรถประโยชน์ (Utility) ในทางเศรษฐศาสตร์กล่าวคือปัจเจกบุคคลตัดสินใจเลือกทำกิจกรรมต่างๆอย่างมีเหตุผลเพื่อให้เกิดความพึงพอใจสูงสุดแห่งตนซึ่งความพึงพอใจนี้เป็นความต้องการที่ไม่มีข้อจำกัดแต่เมื่อพิจารณาในแต่ละคำสำหรับนักจิตวิทยามักจะมองว่าความสุขเป็นเรื่องของอารมณ์ความรู้สึกดังนั้นความสุขจึงเป็นการวัดเฉพาะความอยู่ดีทางอารมณ์ (emotional well-being) เท่านั้น“ความสุข” เป็นการวัดเชิงอัตวิสัย (Subjective) กล่าวคือเป็นเรื่องของอารมณ์ความรู้สึกคำตอบจึงขึ้นอยู่กับความรู้สึกของแต่ละบุคคล ในขณะที่จะแตกต่างจากการวัดเชิงภาวะวิสัย (Objective) ที่เป็นการวัดความเป็นอยู่ (Objective well-being) ของปัจเจกบุคคลซึ่งมีค่าคงที่แต่ถ้าเป็นความอยู่ดี (Well-being) แล้วก็จะวัดรวมเอามิติของสุขภาพกาย (physical health) และสุขภาพใจ (mental health) เข้าไปด้วย (รศรินทร์เกียรติ และคณะ, 2522) เห็นได้ว่าทั้งสามคำนี้มีความหมายไปในทิศทางเดียวกัน แต่เมื่อมองจากการนิยามแนวคิดเหล่านี้ให้ละเอียดแล้วจะพบว่าไม่ใช่สิ่งเดียวกัน อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต ดังนี้

วรัญญา คุ่มผาดิ (2537) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจในชีวิตว่า การรับรู้ระดับความรู้สึกชอบใจ ชื่นชม หรือยินดีกับสถานการณ์ทั่วไปที่เป็นอยู่หรือจะเป็นไปในชีวิตของบุคคล ซึ่งเป็นผลจากการประเมินความแตกต่างระหว่างปณิธานกับสัมฤทธิ์ผล เป็นการรับรู้และตัดสินใจเอง

สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์ (2543) ให้ความหมายของความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง ความรู้สึกที่ดี ความรู้สึกชื่นชอบ ความพอใจในการดำเนินชีวิตทั่วไป ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่ปรารถนาอยากให้เป็นเปรียบเทียบกับสภาวะการณ์ที่เป็นอยู่ ซึ่งบุคคลประเมินความพอใจในชีวิตของตนเองโดยการมองภาพรวม ทั้งหมดตามการรับรู้เป้าหมาย และการให้คุณค่า

ลภัสรดา รุ่งเจริญ (2551) ให้ความหมายของความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตเป็นการรับรู้ ความรู้สึกชอบใจ ชื่นชม ความรู้สึกยินดีต่อการมีชีวิตอยู่รู้สึกว่าคุณค่ารู้สึกพอใจในงาน การทำใจยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและล้มเหลวในชีวิตที่ผ่านมา มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง มองชีวิตของตนเอง ผู้อื่น และสังคม มองโลกในแง่ดี การปราศจากความเศร้า ความเครียด และสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาทั้งปวง

ฉันทนา นาคฉัตรีย์ (2546) ให้ความหมายของความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกชอบใจ ชื่นชม ยินดีกับสถานการณ์ทั่วไปที่เป็นอยู่หรือจะเป็นไปในชีวิตของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการประเมินความแตกต่างระหว่างความต้องการกับสัมฤทธิ์ผลเป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยตนเอง

Campbell et al. (1976) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิต เป็นความแตกต่างระหว่างปณิธาน (Aspirate) กับสัมฤทธิ์ผล (Achievement) เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น

Shin and Johnson, 1978 cited in Diener, E. et al. (1985) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพชีวิต ซึ่งเกิดจากการคิด และการตัดสินใจอย่างเป็นกระบวนการ (Cognitive, judgmental process) การที่บุคคลจะประเมินว่ามีความพึงพอใจในชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับความเหมาะสมกับมาตรฐานที่ตนเองคาดหวังไว้

Ferrans & Powers, 1995 cited in Zhan (1992) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นความรู้สึกที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล ต่อสภาพความเป็นอยู่หรือสภาพที่บุคคลเผชิญอยู่เป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล

Fugl- Meyer et al. (1991) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิต คือ การที่บุคคลประเมินตนเอง จากความรู้สึกภายในโดยภาพรวม ว่ารู้สึกว่ามีชีวิตที่พึงพอใจเกี่ยวกับชีวิตโดยรวมในระดับไหน โดยพิจารณาในองค์ประกอบ 8 ด้าน ได้แก่ ได้แก่ การรู้สึกพอใจในความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living: ADL) กิจกรรมยามว่าง (Leisure) พพอใจในงานและการประกอบอาชีพ (Vocation satisfaction) ด้านรายได้ (Financial satisfaction) พพอใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ (Sexual life) สัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นกับคู่ชีวิต (Partner relationship) ชีวิตครอบครัว (Family life) และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Contacts with friends and acquaintances)

Neugarten, Havighurst, and Tobin (1961) ได้อธิบายความหมายของความพึงพอใจในชีวิตไว้ คือ ความรู้สึกเป็นสุขใจ ความรู้สึกอึดอ้อมใจ และความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ความรู้สึกพอใจในงาน การทำใจยอมรับได้ทั้งความสำเร็จ และล้มเหลวของชีวิตที่ผ่านมา มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มองชีวิตของตนเอง ของผู้อื่น ของสังคม และของโลกในแง่ดี ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะที่เป็นสุขของบุคคล

จากความหมายของความพึงพอใจในชีวิตที่กล่าวมาข้างต้น ความพึงพอใจในชีวิตจะหมายถึง การที่บุคคลรับรู้สถานการณ์ที่เป็นอยู่ และประเมินความรู้สึกที่อยู่ภายในจิตใจว่ามีความชื่นชม ยินดี ระดับไหน โดยพิจารณาตามองค์ประกอบในด้านต่าง ๆ ด้วยการคิดและตัดสินใจอย่างเป็นกระบวนการ มีค่าคงที่ไม่ขึ้นกับความรู้สึกอารมณ์ในขณะนั้น

3.2 องค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิต

Fugl-Meyer A.R., Branholm, and Fugl-Meyer K.S., (1991) ซึ่งให้ความสนใจเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตโดยภาพรวม (Life as a whole) อธิบายว่าความพึงพอใจในชีวิตโดยภาพรวม

คือ การที่บุคคลประเมินตนเองจากความรู้สึกภายในว่ารู้สึกว่าจะมีความพึงพอใจเกี่ยวกับชีวิตโดยรวมในระดับไหน โดยคุณลักษณะที่บ่งชี้ว่าคุณคนนั้นมีความพึงพอใจ จะมีลักษณะที่ครอบคลุม องค์ประกอบ ทั้ง 8 ด้านได้แก่

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living: ADL) คือ การที่บุคคลนั้นมีความสมบูรณ์ด้านร่างกาย ไม่เจ็บป่วย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระกับบุคคลอื่น

2. กิจกรรมยามว่าง (Leisure) หมายถึง มีความพึงพอใจกับกิจกรรมต่าง ๆ ที่สนใจ ไม่ว่าจะเป็นนันทนาการ การหาเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือกิจกรรมที่ให้ความสนุกสนาน เช่น การไปชมภาพยนตร์ การเล่นกีฬา เป็นต้น

3. การประกอบอาชีพ (Vocation satisfaction) หมายถึง การที่บุคคลมีความพอใจต่อสภาพชีวิตการทำงานโดยรวมในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็น ค่าตอบแทน ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

4. ด้านรายได้ (Financial satisfaction) หมายถึง มีความรู้สึกพอใจในปริมาณเงิน มีความพอเพียงกับรายจ่าย

5. การรู้สึกมีความสุขเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ (Sexual life) หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกมีความสุขพึงพอใจในความสัมพันธ์ทางเพศ ไม่เพียงแต่หมายถึงความต้องการทางเพศเท่านั้น แต่รวมถึงการสัมผัสธรรมดา หรือการกล่าววาจาที่ไพเราะซึ่งกันและกัน

6. สัมพันธภาพกับคู่ชีวิต (Partner relationship) หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกมีความสุข ความพอใจความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับคู่ชีวิต การรับรู้ถึงความรักใคร่ ผูกพัน คู่ชีวิตที่มีสัมพันธภาพกันดีจะดูแลกันด้วยความรักความเต็มใจ แต่ถ้าหากสัมพันธภาพระหว่างกันไม่ดี ก็จะถูกดูแลกันตามความจำเป็นมากกว่าความรัก

7. ชีวิตครอบครัว (Family life) หมายถึง มีความรู้สึกมีความสุข พึงพอใจต่อสภาพของความสัมพันธ์ในครอบครัว และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ของครอบครัว

8. การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Contacts with friends and acquaintances) หมายถึง มีความรู้สึกพึงพอใจต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นกับผู้อื่น ในสังคมที่นอกเหนือจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ อาจเป็นเพื่อน เพื่อนบ้าน บุคคลอื่น ๆ ที่รู้จักแต่ไม่คุ้นเคย

Neugarten, Havighurst, and Tobin (1961) ได้อธิบายความหมายของความพึงพอใจในชีวิต ไว้ คือ ความรู้สึกเป็นสุขใจ ความรู้สึกอึดอ้อมใจ และความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ความรู้สึกพอใจในงาน การทำใจยอมรับได้ทั้งความสำเร็จ และล้มเหลวของชีวิตที่ผ่านมา มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มองชีวิตของตนเอง ของผู้อื่น ของสังคม และของโลกในแง่ดี ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะที่เป็นสุขของบุคคล ซึ่งบุคคลที่มีความพึงพอใจในชีวิต จะมีลักษณะที่ครอบคลุม องค์ประกอบ 5 ด้าน คือ

องค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิต มี 5 ด้าน

1. ความกระตือรือร้นในชีวิต (Zest of life) หมายถึง การเป็นผู้ที่มีความสุขในการทำกิจกรรมประจำวัน มีความกระตือรือร้นที่จะทำสิ่งต่าง ๆ การเป็นผู้ที่กระตือรือร้นที่จะสนองตอบต่อกิจกรรม บุคคล หรือเรื่องราวต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ชื่นชอบชีวิตของตนเอง ทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความพึงพอใจ ไม่ว่าจะ เป็นกิจกรรมที่ทำอยู่กับบ้าน หรือกิจกรรมที่ต้องติดต่อสังสรรค์กับผู้อื่น มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และมีความพึงพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ เป็นต้น

2. ความตั้งใจแน่วแน่และอดทนในการดำเนินชีวิต (Resolution and fortitude) หมายถึง การที่บุคคลยอมรับในชีวิตของตน โดยถือว่าตนเองเป็นผู้รับผิดชอบชีวิตของตน บุคคลจึงมีความมานะพยายาม อดทนต่อสู้ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค มีความตั้งใจในการดำรงอยู่ เมื่อมีปัญหาในชีวิตก็พร้อมยอมรับและยืนหยัดต่อสู้กับปัญหานั้น ๆ โดยไม่คิดว่าอยากจะเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ในอดีต แต่มองว่าปัญหาเหล่านั้นจะเป็นประสบการณ์ที่ดีสำหรับตนในการที่จะดำเนินชีวิตต่อไป

3. ความสอดคล้องระหว่างเป้าหมายที่ต้องการและที่ได้รับ (Congruence between desired and achieved goals) หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกว่าการประสบความสำเร็จในชีวิตตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในชีวิต ไม่ว่าจะเป้าหมายนั้นจะเป็นอะไรก็ตาม เขาจะให้ความสำคัญเสมอ

4. อัตมโนทัศน์ทางบวก (Positive self - concept) หมายถึง การมีความคิดเกี่ยวกับตนเองว่าร่างกาย จิตใจ และการสังคมนั้นดี มีแนวคิดเกี่ยวกับตนเองว่าเป็นคนฉลาด นุ่มนวล อ่อนหวาน รู้สึกภูมิใจในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความหมายทั้งต่อตนเอง ต่อบุคคลที่สำคัญในชีวิต และต่อผู้อื่น มีความรู้สึกว่าได้ทำสิ่งที่ดีที่สุด และพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ดี

5. ระดับอารมณ์ (Mood tone) หมายถึง ความรู้สึกมีความสุข มองโลกในแง่ดี มีความพอใจในชีวิตปัจจุบัน มีการเปิดเผยเรื่องราวเกี่ยวกับชีวิตตนเองในทางบวก การมีอารมณ์ที่ดี มีความพอใจในเหตุการณ์ปัจจุบัน มีความพึงพอใจที่จะติดต่อกับบุคคลต่าง ๆ และไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีการแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสุข เช่น การยิ้ม หัวเราะ เป็นต้น

3.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิต

ความพึงพอใจในชีวิตเป็นตัวที่บ่งบอกถึงความสุข และเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของบุคคล ดังนั้นจึงมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิต ดังนี้

มารศรี นุชแสงพลี (2532) ศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และปัจจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคม รายละเอียดของปัจจัยแต่ละด้าน มีดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ตัวแปรในปัจจัยด้านนี้ คือ ระดับการศึกษา การมีงานอดิเรก และสุขภาพ

1.2 ระดับการศึกษา (Level of education) เป็นปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต เพราะระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อชนิดของอาชีพ ระดับรายได้ สุขภาพ ค่านิยม ทัศนคติเกี่ยวกับตนเอง (Self concept) และทัศนคติต่อการศึกษาในอนาคต จากการศึกษาค้นคว้าของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยเรียนหนังสือเลย ทั้งนี้เพราะระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของบุคคล ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมด้านนันทนาการ ทำงานอดิเรก เล่นกีฬา เป็นสมาชิกชมรมต่าง ๆ ทำกิจกรรมการเมือง ทำงานอาสาสมัคร หรืออ่านหนังสือ ส่วนผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดำจะใช้เวลาว่างในการนอน ดูโทรทัศน์ หรือไม่ทำอะไรเลย นอกจากนี้การศึกษายังมีผลต่อรายได้และอาชีพ และผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีปัญหาส่วนตัวน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดำ

1.3 การมีงานอดิเรก หมายถึงวิถีทางในการใช้เวลาทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ นอกเหนือ จากหน้าที่การงานประจำ หรือเป็นกิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง เช่น เลี้ยงสัตว์ ปลูกต้นไม้ เป็นต้น จากการศึกษาค้นคว้าของผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทำเป็นงานอดิเรกทำในเวลาว่างมีความพึงพอใจในชีวิตสูงร้อยละ 40.7 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทำเป็นงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงปลา มีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมทำเป็นงานอดิเรก

1.4 สุขภาพ (Health) เป็นภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่ใช่เพียงแต่ความปราศจากโรค หรือทุพพลภาพเท่านั้น (World health organization, 2006: online) มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต จากการศึกษาค้นคว้าของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมีความพึงพอใจในชีวิตสูงถึงร้อยละ 55.8 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีที่ดี มีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดี

2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เป็นตัวแปรที่จะแสดงให้เห็นสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ และจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ตัวแปรทางเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ และการมีงานทำ

2.1 รายได้ หมายถึง ปริมาณเงินที่ผู้สูงอายุได้รับในแต่ละเดือน ซึ่งอาจเป็นรายได้จากบุตรหลาน เงินบำนาญ หรือจากการทำงานของผู้สูงอายุเอง พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีแนวโน้มที่จะมีระดับความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

2.2 การมีงานทำ หมายถึงกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งนำรายได้มาสู่คนชรา ทั้งนี้อาจเป็นงานที่ทำประจำ งานพิเศษ งานชั่วคราว หรือการดำเนินธุรกิจส่วนตัว การมีงานทำจะทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้เป็นของตนเอง และงานยังมีความหมายต่อผู้ที่ทำงานในตัวของมันเอง นอกเหนือไปจากผลทางเศรษฐกิจ สำหรับหลาย ๆ คน งานคือสิ่งที่ทำให้ตนเองรู้สึกว่าคุณค่างานจะเป็นตัวตัดสินว่าเขาเป็นใคร และเขามีความรู้สึกอย่างไร ผู้สูงอายุที่มีงานทำเป็นอาชีพมีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

3. ปัจจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคม ตัวแปรในด้านนี้คือ

3.1 ความถี่ในการปฏิสัมพันธ์กับบุตรหลานในครอบครัวเดียวกัน เป็นช่วงเวลาของการติดต่อเกี่ยวข้องที่แสดงให้เห็นความใกล้ชิดซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน ผู้สูงอายุได้รับการเอาใจใส่ดูแลอย่างสม่ำเสมอจากบุตรหลาน ได้รับการยกย่อง ผู้สูงอายุต้องการความรัก ความอบอุ่น ความมั่นคง การยอมรับ การเคารพนับถือ ต้องการความเป็นอิสระและต้องการความเป็นสัดส่วน ซึ่งสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการนี้อยู่ในลักษณะของสังคมไทย คือให้ความเคารพนับถือและเคารพต่อผู้อาวุโส และลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ผู้สูงอายุไทยจึงมีความสำคัญต่อบุตรหลาน และบุตรหลานก็ให้การเลี้ยงดูผู้สูงอายุเป็นการตอบแทน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงอยู่ในครอบครัวด้วยความอบอุ่น ดังนั้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานในครอบครัวเดียวกันจึงมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

3.2 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุเข้ามาอยู่ในชุมชนแห่งนี้ตั้งแต่แรกจนถึงปัจจุบัน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นเวลานาน 1-10 ปี มีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนนาน 13-16 ปี

3.3 รูปแบบของมิตรภาพ (Friendship pattern) รูปแบบของมิตรภาพ หมายถึง ความสัมพันธ์อันใกล้ชิดและคุ้นเคย (Intimate relationship) ระหว่างผู้สูงอายุกับเพื่อนวัยเดียวกัน (Peer relationship) มีความเห็นอกเห็นใจกัน หวังดีต่อกันสามารถปรับทุกข์ซึ่งกันและกันได้ รูปแบบของมิตรภาพดังกล่าวนี้ว่ามีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลาน

นอกจากนี้ (Zhan, 1992) ศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในชีวิตอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามเงื่อนไขภายนอก ได้แก่ ภูมิหลังของบุคคล (Personal background) เอกลักษณะ หรือลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล (Characteristic) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) และภาวะสุขภาพ (Health functioning status) ซึ่ง ฉันทนา นาคฉัตรีย์ (2546) อธิบายเงื่อนไขต่าง ๆ ดังนี้

1. ภูมิหลังของบุคคล (Personal background) ในที่นี้หมายถึงปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตได้ กล่าวคือ

1.2 เพศ เป็นตัวกำหนดในสังคม เพศชายมักได้รับความเคารพนับถือและยกย่องจากสังคม เนื่องจากเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว ในขณะที่เพศหญิงในสังคมกำหนดบทบาทให้เป็นแม่บ้าน และเพศหญิงมักรู้สึกว่ามีขีดความสามารถด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชาย และจากการที่เพศชายได้รับการยกย่องนับถือจากสังคม จึงทำให้เพศชายมองตนเองมีคุณค่าและมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าเพศหญิง

1.3 อายุ ซึ่งผู้สูงอายุมีลักษณะที่แตกต่างกันไปตามช่วงอายุ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะเกิดภาวะพึ่งพาสูง ซึ่งทำให้รู้สึกว่าคุณเองเป็นภาระให้กับครอบครัวหรือสังคม ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง

1.4 การศึกษา ระดับการศึกษายังมีความเกี่ยวข้องกับชนิดของอาชีพ ระดับของรายได้ ค่านิยม อัตมโนทัศน์ และการปรับตัวของบุคคล

1.5 สถานภาพสมรส ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมองตนเองมีคุณค่ามากกว่าผู้สูงอายุที่ โสด หม้าย หรือแยกกันอยู่

2. เอกลักษณะ หรือลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล (Characteristic) บุคคลจะรับรู้และมีความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ทั้งรูปร่าง ลักษณะ หน้าตา ตลอดจนความรู้สึกนึกคิด เมื่อมีเหตุการณ์เข้ามากระทบทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถแสดงลักษณะเฉพาะของตนเองได้ ทำให้เกิดความคับข้องใจ ความตึงเครียด ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับบุคคลในที่นี่รวมถึงสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ครอบครัว อาชีพ รายได้ ที่อยู่อาศัย ค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรม

4. ภาวะสุขภาพ (Health functioning status) โดยส่วนใหญ่จะพบว่าภาวะสุขภาพของบุคคลจะทำให้ความพึงพอใจในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลมาจากโรค หรือการรักษาโดยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญ คือความสามารถทางด้านร่างกาย และความทุกข์ทรมานจากอาการอาทิ เช่น ในรายที่มีความเจ็บปวด มีอาการรุนแรงที่รบกวนความสุขสบายของผู้ป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิตลดลง หรือบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีภาวะทุพพลภาพ ทำให้ความสามารถทางด้านร่างกายลดลง มีขีดจำกัดของการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิตลดลงเช่นกัน

3.4 การวัดความพึงพอใจในชีวิต

จากการศึกษาพบว่ามีนักวิชาการหลายท่านได้สร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตขึ้นมา ซึ่งเครื่องมือที่สร้างขึ้นมานั้นมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัญหา วัตถุประสงค์ รูปแบบของการวิจัย และกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยสรุปการวัดความพึงพอใจในชีวิต ประเมินได้ 2 ลักษณะ คือ

3.4.1 การประเมินความพึงพอใจในชีวิตโดยภาพรวม

3.4.1.1 แบบวัดความพึงพอใจในชีวิต The satisfaction with life scale สร้างขึ้นโดย Diener และคณะ (1985) ซึ่งใช้ประเมินความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม ในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 176 ราย แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตประกอบด้วย 5 ข้อคำถามได้แก่ ข้อที่ 1 -5 มีค่าน้ำหนักขององค์ประกอบ (Factor loading) เท่ากับ .84, .77, .83, .72 และ .61 ตามลำดับ คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 7 อันดับให้คะแนนตามความคิดเห็น คือ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึงเห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมตั้งแต่ 5-35 คะแนน

3.4.1.2 แบบประเมินความพึงพอใจในชีวิตของ Fugl-Meyer และคณะ (1991) สร้างขึ้นเพื่อประเมินความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ชาวสวีเดน มีจำนวน 9 ข้อคำถาม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม 1 ข้อ และอีก 8 ข้อคำถามเป็นองค์ประกอบที่นำมาพิจารณาถึงความพึงพอใจได้แก่ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง กิจกรรมยามว่าง การประกอบอาชีพการเงินเพศสัมพันธ์ความสัมพันธ์ระหว่างคู่ชีวิตชีวิตครอบครัวและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 อันดับ ตั้งแต่ 1 ไม่พอใจอย่างยิ่ง จนถึง 6 พอใจอย่างยิ่ง

3.4.2 การประเมินความพึงพอใจในชีวิตแต่ละองค์ประกอบย่อย

3.4.2.1 แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของ Neugarten, Havighurst, & Tobin (1961) ได้อธิบายความหมายของความพึงพอใจในชีวิตไว้ คือ ความรู้สึกเป็นสุขใจ ความรู้สึกอึดอัดใจ และความรู้ สึกว่าตนเองมีคุณค่า ความรู้สึกพอใจในงาน การทำใจยอมรับได้ทั้งความสำเร็จ และล้มเหลวของชีวิตที่ผ่านมา มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มองชีวิตของตนเอง ของผู้อื่น ของสังคม และของโลกในแง่ดี ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะที่เป็นสุขของบุคคล ซึ่งบุคคลที่มีความพึงพอใจในชีวิต จะมีลักษณะที่ครอบคลุม องค์ประกอบ 5 ด้าน คือ 1) ความกระตือรือร้นในชีวิต (Zest of life) 2) ความตั้งใจแน่วแน่ และอดทนในการดำเนินชีวิต (Resolution and fortitude) 3) ความสอดคล้องระหว่างเป้าหมายที่ต้องการและที่ได้รับ (Congruence between desired and achieved goals) 4) อึดมั่นในทัศนคติทางบวก (Positive self - concept) 5) ระดับอารมณ์ (Mood tone) สร้างขึ้นเพื่อวัดระดับความพึงพอใจ ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ เครื่องมือแยกออกเป็น 3 ชุด ได้แก่

3.4.2.1.1 เครื่องมือชุดที่ 1 การให้คะแนนความพึงพอใจในชีวิต The life satisfaction rating (LSR) ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ช่วงคะแนน เป็นการสัมภาษณ์ด้วยข้อความองค์ประกอบทั้ง 5 มีจำนวน 5 ข้อ

3.4.2.1.2 เครื่องมือชุดที่ 2 ดัชนีที่บ่งชี้ความพึงพอใจในชีวิต A (Life satisfaction index A (LSIA) เป็นเครื่องมือใช้วัดสภาพทางใจทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 8 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน

ได้แก่ 1) ความกระตือรือร้นในชีวิต (Zest of life) 2) ความตั้งใจแน่วแน่และอดทนในการดำเนินชีวิต (Resolution and fortitude) 3) ความสอดคล้องระหว่างเป้าหมายที่ต้องการและที่ได้รับ (Congruence between desired and achieved goals) 4) อัตมโนทัศน์ทางบวก (Positive self – concept) 5)ระดับอารมณ์ (Mood tone) คะแนนรวมอยู่ที่ 0-20 คะแนนสูงแสดงว่ามีความพึงพอใจในชีวิตสูง

3.4.2.1.3 เครื่องมือชุดที่ 3 ดัชนีที่บ่งชี้ความพึงพอใจในชีวิต B (Life satisfaction index B (LSIB) เป็นเครื่องมือใช้วัดความเป็นอยู่ดีในทางจิตวิทยาของผู้สูงอายุ เป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ คำตอบแบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ คะแนนสูงสุด แสดงถึง ความพึงพอใจในชีวิตที่สูงเช่นเดียวกัน

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มารศรี นุชแสงพลี (2532) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่ กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนนี้ส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในชีวิตในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ลักษณะภูมิหลังทางสังคมของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต ยกเว้นสถานภาพการสมรส ที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้แก่ รายได้ รองลงมาตามลำดับคือ สุขภาพ ระดับการศึกษา ระดับความถี่ในการปฏิสัมพันธ์กับบุตรหลาน และการมีงานอดิเรก ส่วนปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ การมีงานทำ ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านและการมีเพื่อนสนิท นอกจากนี้ตัวแปรที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ แต่เป็นความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชน

รุ่งทิพย์ แสงใจ (2542) ศึกษาอันดับของการสนับสนุนจากคู่สมรสของผู้สูงอายุ ระดับความผาสุกของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ หรือบริการ และการสนับสนุนด้านอารมณ์ อยู่ในระดับสูง คะแนนความผาสุกของผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ในระดับสูง และการสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้สูงอายุในระดับต่ำ

สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์ (2543) ศึกษาอันดับการพึ่งพา อัตมโนทัศน์ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการพึ่งพาอยู่ในระดับพึ่งพาเล็กน้อย มีอัตมโนทัศน์ทางบวก มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูง การ

พึงพา มีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตมโนทัศน์ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง และอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง

ฉันทนา นาคฉัตรีย์ (2546) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับกิจกรรมทางสังคมต่อสมรรถภาพทางกายและความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีประวัติเข้ารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรม รพ.สุราษฎร์ธานี ในช่วงปี พ.ศ. 2546 - 2547 จำนวน 30 คน พบว่าสมรรถภาพทางกายและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับกิจกรรมทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับกิจกรรมทางสังคม และสมรรถภาพทางกายด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความจุปอด ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับกิจกรรมทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกาย

Ostwald และคณะ (2009) ศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสในช่วง 12 - 24 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้ว 12 เดือน จำนวน 131 คู่ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความพึงพอใจในชีวิตลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป 24 เดือนจากค่าเฉลี่ย 23.79 เหลือ 22.42 ส่วนผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น เมื่อติดตามผลในช่วงระยะเวลาผ่านไป 24 เดือนจากค่าเฉลี่ย 24.25 เป็น 25.16 ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพที่เสื่อมไปตามวัย การรับรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพจากโรค ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมากที่สุดได้แก่ การรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่ไม่ดี รองลงมาได้แก่การรับรู้ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ส่วนผู้ที่มีความสัมพันธ์กับคู่สมรสที่ดี จะมีการเตรียมความพร้อมในบทบาทผู้ดูแล และพบว่ามีความพึงพอใจในชีวิตมากที่สุด

Adriaansen และคณะ (2011) ศึกษาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเรื้อรังในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 180 คน ผลการศึกษาพบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมซึ่งประกอบด้วย 3 ด้านได้แก่ การสนับสนุนการดูแลเรื่องทั่วไป การสนับสนุนในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา และการสนับสนุนการเห็นคุณค่าในตนเอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเวลาผ่านไปหลังจากจำหน่าย 2 เดือน ถึง 3 ปี ทุกข์ภาวะของผู้ดูแล (Caregiver strain) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับความพึงพอใจในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม

มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความพึงพอใจในชีวิต การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต

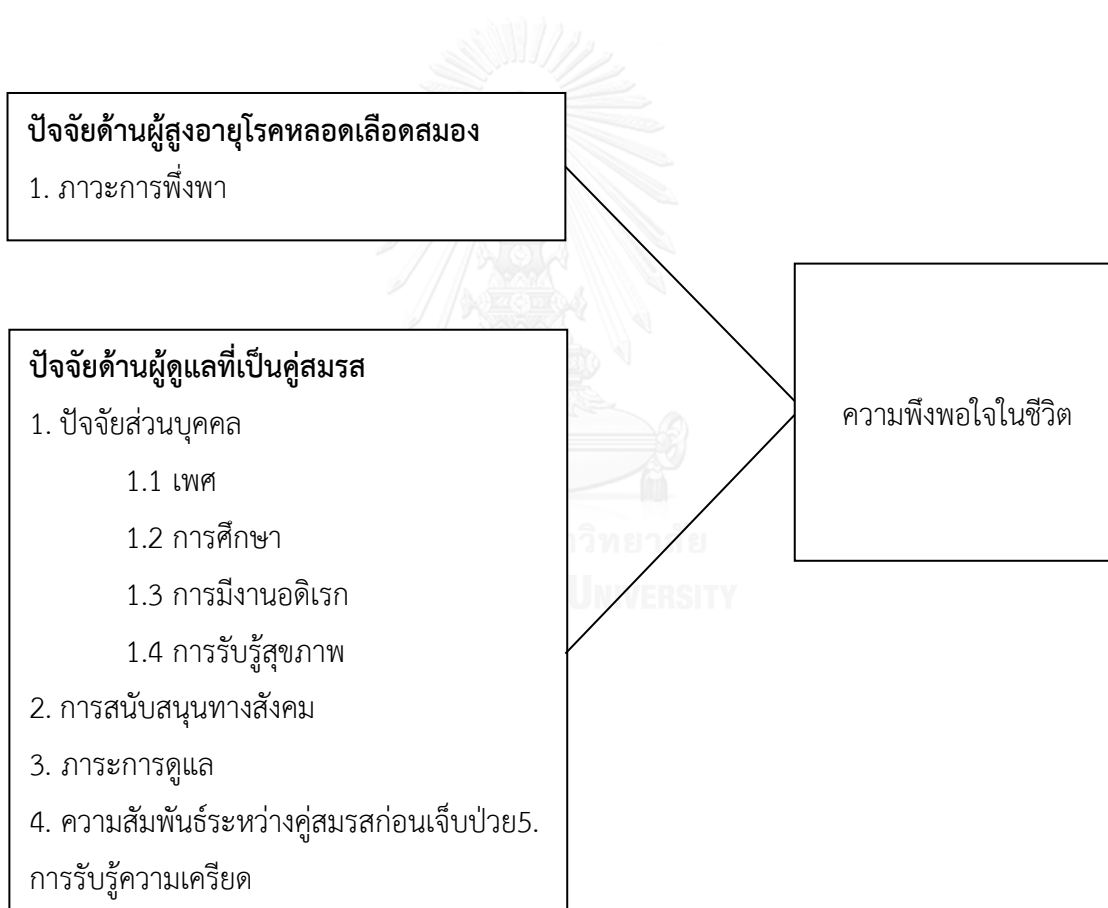
Kruitnof และคณะ (2012) ศึกษาประสบการณ์เชิงบวกของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจำนวน 121 คน พบว่า ประสบการณ์เชิงบวกซึ่งได้แก่การเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่รับรู้ว่ามีภาระในการดูแลสูง และมีคุณค่าในตนเองสูง จะมีความพึงพอใจในชีวิตระดับสูง ส่วนผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่รับรู้ว่ามีภาระในการดูแลสูงและมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีความพึงพอใจในชีวิตในระดับต่ำ

กล่าวโดยสรุป ปัจจุบันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น หลังพ้นระยะวิกฤติพบว่า ร้อยละ 90 เกิดปัญหาด้านสุขภาพ (Olai et al., 2012) ร้อยละ 87 มีปัญหาเกี่ยวกับระบบการสั่งการการเคลื่อนไหว (Motor problem) (Jones, 2006) ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่เกิดกับตัวผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังเกิดกับผู้ดูแลด้วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส พบว่าทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพทางกาย (Goldzweig et al., 2012) สุขภาพทางจิต ปัญหาด้านเศรษฐกิจสังคม ตลอดจนผู้ดูแลอาจต้องแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากต้องทุ่มเทเวลาในการดูแล ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง (Beeson, 2003; Adriaansen et al., 2010; Kruithof et al., 2012) จากการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตตามแนวคิดของ Fugl-Meyer A.R., Branholm, and Fugl-Meyer K.S., (1991) ให้ความสนใจเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตโดยภาพรวม (Life as a whole) อธิบายว่าความพึงพอใจในชีวิตโดยภาพรวม คือ การที่บุคคลประเมินตนเองจากความรู้สึกภายในว่ามีความสุข มีความพึงพอใจเกี่ยวกับชีวิตโดยภาพรวมในระดับไหน โดยพิจารณาจากองค์ประกอบความพึงพอใจในชีวิตทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ การรู้สึกพอใจในความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living: ADL) กิจกรรมยามว่าง (Leisure) พอใจในงานและการประกอบอาชีพ (Vocation satisfaction) พอใจด้านรายได้ (Financial satisfaction) พอใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ (Sexual life) การมีปฏิสัมพันธ์บุคคลอื่น (Contacts) ชีวิตครอบครัว (Family life) และ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นกับคู่ชีวิต (Partner relationship)

ความพึงพอใจในชีวิตมีความเกี่ยวข้องค่อนข้างมากกับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส หากผู้ดูแลมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ อาจเกิดความเหนื่อยหน่าย ละเลย ไม่เอาใจใส่ และถึงขั้นทำร้ายร่างกายผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลไม่มีประสิทธิภาพ แต่ถ้าหากผู้ดูแลมีความพึงพอใจในชีวิต จะสามารถคงสภาพ และสร้างความสมดุลในชีวิตได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจมากขึ้น มีพลังงาน พลังใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเองให้สมบูรณ์ แข็งแรง พร้อมทั้งจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความสุข และภาคภูมิใจที่ได้ดูแลคนที่ตนเองรัก (Kruithof et al., 2012)

การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาปัจจัยต่าง ๆ กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งปัจจัยได้ 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะพึ่งพา และปัจจัยด้านผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย การรับรู้ความเครียด มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยปัจจัยด้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะพึ่งพา ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และการรับรู้ความเครียด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักแก่ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ที่มารับบริการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกศัลยกรรมประสาท คลินิกประสาทวิทยา และแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ คู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและนำผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมารับการตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมประสาท คลินิกประสาทวิทยา และแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูจากสถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ที่มารับบริการในช่วงระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. พักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 3 สัปดาห์และนำผู้ป่วยมารับการตรวจ รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
5. คู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยินยอมการเข้าร่วมวิจัยด้วยการลงนาม
6. คู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด และเขียนได้

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

วิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Thorndike (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2550) คือ $n = 10K + 50$

n = คือขนาดกลุ่มตัวอย่าง

K = คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา จำนวนตัวแปรทั้งหมด 9 ตัวแปร ดังนั้น

$$n = 10(9) + 50 = 140$$

ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 140 คน

2. เลือกผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่นำผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร โดยมีวิธีการดังนี้

2.1 สุ่มแบบง่ายสังกัดต่างๆ ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีทั้งหมด 6 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสังกัดสภาอากาศ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงมหาดไทยตำรวจแห่งชาติ โดยให้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ โดยเลือกมา 4 สังกัดจาก 6 สังกัด ซึ่งจากการสุ่มสังกัดได้ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงศึกษาธิการ และ กรุงเทพมหานคร

2.2 สุ่มแบบง่ายโรงพยาบาลที่มีแผนกโรคหลอดเลือดสมองตามสังกัดต่างๆ ดังนี้

2.2.1 กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลเลิดสิน

2.2.2 กระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

2.2.3 กระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ โรงพยาบาลรามาริบัติ

2.2.4 กรุงเทพมหานคร ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

2.3 เลือกโรงพยาบาลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล และให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสังกัดละ 1 โรงพยาบาล ได้แก่ สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

2.4 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าข้างต้น โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้มีจำนวนเท่าๆ กันทั้ง 4 โรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 35 คน รวมทั้งสิ้น 140 คน จากนั้นทำการเก็บข้อมูลในวันและเวลาที่ได้รับอนุญาต โดยมีรายละเอียดในการเก็บข้อมูล ดังนี้

โรงพยาบาลตามสังกัด	ช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูล	วันและเวลาในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล
สถาบันประสาทวิทยา	เดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2559	วันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 06.00 – 16.00 น.
โรงพยาบาลรามธิบดี	เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559	วันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 07.30 – 16.00 น.
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559	วันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 07.30 – 16.00 น.
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล	เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559	- แผนกศัลยกรรมประสาท และ แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู วันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 07.30 – 16.00 น. - แผนกคลินิกประสาทวิทยา วันศุกร์ เวลา 07.30 – 12.00 น.

รายละเอียดข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง เป็นดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส	จำนวน (n=140)	ร้อยละ
1. อายุ \bar{x} (S.D.)	68.78 (7.70)	
2. เพศ		
ชาย	72	51.43
หญิง	68	48.57
3. ระดับการศึกษาสูงสุดที่เคยได้รับ		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	5	3.70
ประถมศึกษา	51	37.80
มัธยมศึกษา	53	39.30
อุดมศึกษาขึ้นไป	26	19.30
4. ระยะเวลาที่ท่านดูแลผู้ป่วย \bar{x} (S.D.)	4.06 (2.91)	
5. แหล่งที่มาของรายได้		
บำเหน็จบำนาญข้าราชการ	27	19.70
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	20	14.60
บุตรหลาน	83	60.60
อื่นๆ โปรดระบุ	7	5.10
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
<1,000 บาท	4	2.90
1,001 – 5,000 บาท	88	62.90
5,001 – 10,000 บาท	21	15.00
>10,000 บาท ขึ้นไป	27	19.30
7. ท่านมีงานอดิเรกทำหรือไม่		
มี โปรดระบุ	18	12.90
ไม่มี	122	87.10

จากตารางที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 140 คน พบว่าอายุเฉลี่ย (\bar{x} = 68.78, SD = 7.70)

เพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 51.43 และเพศหญิง จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 48.57

ระดับการศึกษาสูงสุดที่เคยได้รับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 39.30 รองลงมาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 37.80 และจบการศึกษาระดับอุดมศึกษาขึ้นไป จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 19.30 ตามลำดับ

ระยะเวลาที่ท่านดูแลผู้ป่วย พบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ย (\bar{x} =4.06, SD =2.91)

แหล่งที่มาของรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่ได้มาจากบุตรหลาน จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 60.60 รองลงมาได้มาจากบำเหน็จบำนาญข้าราชการ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 19.70 และได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 14.60 ตามลำดับ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท จำนวน 88คน คิดเป็นร้อยละ 62.90 รองลงมามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน >10,000 บาท ขึ้นไป จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 19.30 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00

ท่านมีงานอดิเรกทำหรือไม่ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีงานอดิเรกทำ จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 87.10 และมีงานอดิเรกทำ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 12.90

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วย	จำนวน (n=139)	ร้อยละ
1. อายุ \bar{x} (SD)	69.24 (7.45)	
2. เพศ		
ชาย	67	47.90
หญิง	73	52.10
3. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดในสมอง \bar{x} (SD)	4.14 (2.95)	
4. ความรุนแรงของโรค (ประเมินจากระดับความรู้สึกตัว และคะแนนแบบประเมินภาวะการ พึ่งพาของผู้ป่วย)		
GCS (Mend (SD)	14.45 (15.00)	
คะแนนแบบประเมินภาวะการพึ่งพาของผู้ป่วย (Mend (SD)	14.19 (14.00)	

จากตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 140 คน พบว่าอายุเฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 69.24 (SD = 7.45)

เพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 52.10 และเพศชาย จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 47.90

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดในสมอง พบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ยร้อยละ 4.14 (SD = 2.95)

ความรุนแรงของโรค (ประเมินจากระดับความรู้สึกตัว และคะแนนแบบประเมินภาวะการพึ่งพาของผู้ป่วย) พบว่า GCS เฉลี่ย (\bar{x} =14.45, SD = 15.00) และคะแนนแบบประเมินภาวะการพึ่งพาของผู้ป่วยเฉลี่ย (\bar{x} =14.19, SD =14.00)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถาม 7 ชุด โดยมีรายละเอียดของแบบสอบถามดังต่อไปนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ประกอบด้วย 2 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ การศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย แหล่งรายได้ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนและงานอดิเรก

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส วัตจากแบบสอบถามภาวะสุขภาพโดยทั่วไป สร้างโดย Brook และคณะ (1979) สิริอร พัวศิริ ได้แปลและดัดแปลงใช้กับผู้ป่วยโรคข้อรูมาตอยด์ จำนวน 100 รายได้ค่าความเที่ยง .71 มณฑกานต์ สุนปาน (2543) ได้นำมาดัดแปลงใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง มีข้อคำถามทั้งทางบวก และทางลบ มีจำนวน 21 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 4 ด้าน คือการรับรู้สุขภาพในปัจจุบัน ความวิตกกังวลและความสนใจสุขภาพ การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 12 ท่านโดยถือเกณฑ์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกันร้อยละ 80 ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณความเชื่อมั่นตามวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ .79

คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 5 อันดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วย ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นบางส่วน
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ซึ่งได้แก่ข้อ 1, 2, 4 - 6, 11-13, 16, 18-21

เห็นด้วยมากที่สุดให้	5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3 คะแนน

เห็นด้วยน้อย	ให้	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยเลย	ให้	1 คะแนน
ข้อความที่เป็นทางลบ ซึ่งได้แก่ข้อ 3, 7, 8, 9, 10, 14, 17		
เห็นด้วยมากที่สุดให้		1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้	2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยเลย	ให้	5 คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน

คะแนนรวมของแบบสอบถามการรับรู้สุขภาพอยู่ระหว่าง 21-105 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1-5 คะแนน เกณฑ์การแปลผลใช้ของ ประคอง กรรณสูต (2542) แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนอยู่ระหว่าง 4.50 – 5.00	หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด
คะแนนอยู่ระหว่าง 3.50 – 4.49	หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับมาก
คะแนนอยู่ระหว่าง 2.50 – 3.49	หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนอยู่ระหว่าง 1.50 – 2.49	หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับน้อย
คะแนนอยู่ระหว่าง 1.00 – 1.49	หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจนถึงปัจจุบัน และความรุนแรงของโรค ประเมินได้จาก Glasgow coma score (ผู้วิจัยประเมินด้วยตนเอง)

ชุดที่ 2 แบบประเมินภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย

แบบสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วย ตามแบบประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติในผู้สูงอายุไทย ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index: BAI) ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index: BAI) เป็นเครื่องมือสำหรับใช้ประเมินกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานที่ได้รับการทดสอบคุณค่าและเหมาะสมนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24 -48 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) 3) ลูกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) 4) การใช้ห้องสุขา (Toilet use) 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) 6) การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) 8) การอาบน้ำ (Bathing) 9) การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) 10) การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder)

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

แบ่งระดับความรุนแรงของ BAI ออกเป็น 4 ระดับ

คะแนน 0 – 4 = ต้องการการพึ่งพาทั้งหมด

คะแนน 5 – 8 = ต้องการการพึ่งพาค่อนข้างมาก

คะแนน 6 – 11 = ต้องการการพึ่งพาปานกลาง

คะแนน 12 – 20 = ต้องการการพึ่งพาเล็กน้อย

เกณฑ์การแปลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1-5 คะแนน เกณฑ์การแปลผลใช้ของ ประคอง กรรณสูต (2542) แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนอยู่ระหว่าง 4.50 – 5.00 หมายถึง การพึ่งพาอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนอยู่ระหว่าง 3.50 – 4.49 หมายถึง การพึ่งพาอยู่ในระดับมาก

คะแนนอยู่ระหว่าง 2.50 – 3.49 หมายถึง การพึ่งพาอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ระหว่าง 1.50 – 2.49 หมายถึง การพึ่งพาอยู่ในระดับน้อย

คะแนนอยู่ระหว่าง 1.00 – 1.49 หมายถึง การพึ่งพาอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ชุดที่ 3 แบบประเมินภาวะของผู้ดูแล

แบบวัดภาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไร้ความสามารถ สร้างโดย Montgomery, Gonyea & Hooyman (1985) ผู้วิจัยใช้ฉบับที่ อัญชลี ยศกรณ (2551) ดัดแปลงจากแบบประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สร้างโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) มีข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ ซึ่งเป็นการประเมินประสบการณ์ของผู้ดูแล ว่ามีความรู้สึกและความนึกคิดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด ได้รับการตรวจสอบความตรงเนื้อหา และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของภาระด้านอัตนัยเท่ากับ .83 และภาระด้านปรนัยเท่ากับ .83 และหาความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่สถาบันประสาทยุทธศาสตร์จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach Alpha Coefficient) ของภาระเชิงปรนัยเท่ากับ .81 และภาระเชิงอัตนัยเท่ากับ .88 แต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกสัปดาห์

น้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง หรือ

เกือบไม่มีเลย

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	ให้	5 คะแนน
มาก	ให้	4 คะแนน
ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
น้อย	ให้	2 คะแนน
น้อยที่สุด	ให้	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน

ให้ผู้ดูแลประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1 – 5 คะแนน นำคะแนนรวมที่ได้จากการประเมินภาระการดูแลในแต่ละด้านมาหาค่าเฉลี่ย แล้วหารด้วยจำนวนข้อของภาระในด้านนั้น ๆ ได้แก่ คะแนนรวมของภาระเชิงอัตนัยนำไปหาค่าเฉลี่ยแล้วนำไปหารด้วย 12 และคะแนนรวมของภาระเชิงปรนัยนำไปหาค่าเฉลี่ย แล้วหารด้วย 11 จะได้ค่าเฉลี่ยในแต่ละด้านของภาระที่ใช้ในการประเมินค่าคะแนน สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนนใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูต (2542)

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50 – 5.00	มีภาระในการดูแลมากที่สุด
3.50 – 4.49	มีภาระในการดูแลมาก
2.50 – 3.49	มีภาระในการดูแลปานกลาง
1.50 – 2.49	มีภาระในการดูแลน้อย
1.00 – 1.49	มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด

ชุดที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความเครียด

แบบประเมินการรับรู้ความเครียดสร้างโดย Cohen และคณะ (1983) ใช้เพื่อประเมินการรับรู้ความเครียดในสตรีไทยที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งแปลโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวน 14 ข้อคำถาม ไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แต่ได้นำแบบวัดความเครียด ซึ่งผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทย ไปผ่านการทดสอบความถูกต้องของการแปลโดยวิธี Back – translation โดยผู้เชี่ยวชาญที่เข้าใจภาษาไทย และภาษาอังกฤษ 3 ท่าน แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นตรวจสอบจนกว่าผู้แปลจะเข้าใจตรงกัน ก่อนนำไปทดสอบความเชื่อมั่น ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำแบบวัดความเครียดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย และคำนวณความเชื่อมั่นตามวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ .72 คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 5 อันดับให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของความรู้สึก คือ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และบ่อยมาก

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อความเชิงบวก (ข้อที่ 4, 5, 6, 7, 9, 10 และ 13) และข้อความเชิงลบ (ข้อที่ 1, 2, 3, 8, 11, 12 และ 14)

การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง ไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลยในหนึ่งเดือน
เกือบไม่เคย	หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านประมาณ 1-3 ครั้งในหนึ่งเดือน
บางครั้ง	หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง
บ่อย	หมายถึง เกิดความรู้สึกเหล่านั้นกับท่านอาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง
บ่อยมาก	หมายถึง เกิดความรู้สึกเหล่านั้นกับท่านเป็นประจำทุกวัน

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ถ้าเลือกไม่เคย	ได้ 0 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ได้ 1 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
บางครั้ง	ได้ 2 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
บ่อยครั้ง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
บ่อยมาก	ได้ 4 คะแนน	ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน

คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 14-70 คะแนน กำหนดเกณฑ์การประเมินจากคะแนนรวม ระดับคะแนนที่มากแสดงว่ามีความเครียดมากกว่าระดับคะแนนที่น้อย โดยแบ่งระดับความเครียดเป็น 3 ระดับ แบ่งช่วงคะแนนในแต่ละระดับให้เท่ากัน ดังนี้

ช่วงคะแนน	14 – 32	หมายถึง มีความเครียดระดับต่ำ
ช่วงคะแนน	33 – 51	หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	52 – 70	หมายถึง มีความเครียดระดับสูง

ชุดที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 (The personal Resource Questionnaire [PRQ] – Part 2) เป็นแบบวัดถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม มี 5 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิดสนิทสนม ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และด้านผู้ให้ความช่วยเหลือและแนะนำ สร้างโดยแบรนด์ท์ และ ไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ได้แปลแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมเป็นภาษาไทย และได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่านตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธี test-retest โดยทดลองใช้กับกลุ่มภรรยาผู้ป่วย

เรื้อรังโรคหลอดเลือดสมองและไขสันหลังได้รับบาดเจ็บจำนวน 10 ราย ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ แล้วหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งชุดเท่ากับ .91

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่มีความหมายในทางบวก มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด
- 2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 3 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างจะไม่เห็นด้วย
- 4 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ
- 5 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างจะเห็นด้วย
- 6 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย
- 7 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ข้อความที่มีความหมายในทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด
- 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย
- 3 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างจะเห็นด้วย
- 4 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ
- 5 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างจะไม่เห็นด้วย
- 6 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 7 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

เกณฑ์การแปลคะแนน

การสนับสนุนที่มีค่าคะแนนระหว่าง 25-175 คะแนน แบ่งระดับโดยใช้คะแนนเฉลี่ยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มคะแนนต่ำและกลุ่มคะแนนสูงกว่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

25 - 100 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนต่ำหรือไม่ดี

101 - 175 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมสูงหรือดี

ชุดที่ 6 แบบประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย

แบบวัดการปรับตัวของคู่สมรส (Dyadic adjustment scale) สร้างโดย Spaneir (1976) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตสมรสและดัดแปลงโดย สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) แบบวัดนี้เดิมมี 32 ข้อ ผู้แปลได้ตัดออก 4 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย เหลือ 28 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความเห็นพ้องต้องกันของคู่สมรส 2) ความพึงพอใจในคู่สมรส (dyadic satisfaction) 3) ความกลมเกลียวของคู่สมรส (dyadic cohesion) และ 4) การแสดงความ

รัก (affectional expression) ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธี test- retest โดยทดลองใช้กับกลุ่มภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังโรคหลอดเลือดสมองและไขสันหลังได้รับบาดเจ็บจำนวน 10 ราย แล้วหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งชุดเท่ากับ .76 คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนน 0 หมายถึง ไม่เคยเลย

คะแนน 1 หมายถึง นาน ๆ ครั้ง

คะแนน 2 หมายถึง บางครั้ง

คะแนน 3 หมายถึง บ่อย

คะแนน 4 หมายถึง บ่อยมาก

คะแนน 5 หมายถึง บ่อยมากที่สุด

เกณฑ์การแปลคะแนน

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-140 คะแนนต่ำ แสดงว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสไม่ดี คะแนนสูง แสดงว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสดีเกณฑ์การแปลผลใช้ของ ประคอง กรรณสูต (2542) แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนอยู่ระหว่าง 4.50 – 5.00 หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย อยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนอยู่ระหว่าง 3.50 – 4.49 หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย อยู่ในระดับมาก

คะแนนอยู่ระหว่าง 2.50 – 3.49 หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ระหว่าง 1.50 – 2.49 หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย อยู่ในระดับน้อย

คะแนนอยู่ระหว่าง 1.00 – 1.49 หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ชุดที่ 7 แบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต

ผู้วิจัยได้แปล และพัฒนามาจากจากแบบประเมินความพึงพอใจในชีวิตของ Fugl – Meyer และคณะ (1991) โดยมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) เพื่อขออนุญาตใช้แบบวัดนี้กับเจ้าของเครื่องมือ

2. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทย ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.78 หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันในเนื้อหาของข้อคำถาม และคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีครอนบาช แอลฟา (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 6 อันดับการให้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 6 ระดับ ได้แก่ ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง ไม่พึงพอใจ ค่อนข้างไม่พอใจ ค่อนข้างพอใจ พึงพอใจ และพึงพอใจอย่างยิ่ง ซึ่งแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

- คะแนน 1 = ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง
- คะแนน 2 = ไม่พึงพอใจ
- คะแนน 3 = ค่อนข้างไม่พอใจ
- คะแนน 4 = ค่อนข้างพอใจ
- คะแนน 5 = พึงพอใจ
- คะแนน 6 = พึงพอใจอย่างยิ่ง

เกณฑ์การแปลคะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ย ในช่วงคะแนนดังต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย	5.19 – 6.02	แปลความหมายว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับ พึงพอใจอย่างยิ่ง
คะแนนเฉลี่ย	4.36 – 5.19	แปลความหมายว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับ พึงพอใจ
คะแนนเฉลี่ย	3.52 – 4.35	แปลความหมายว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับ ค่อนข้างพอใจ
คะแนนเฉลี่ย	2.68 – 3.51	แปลความหมายว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับ ค่อนข้างไม่พอใจ
คะแนนเฉลี่ย	1.84 – 2.67	แปลความหมายว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับ ไม่พึงพอใจ
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.83	แปลความหมายว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับ ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง

ความกว้างของอันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.83 ซึ่งได้ค่ามาจากการคำนวณโดยการใช้สมการทางคณิตศาสตร์ดังนี้ (ชัชวาล เรื่องประพันธ์, 2539)

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือทุกชุด ยกเว้นแบบประเมินภาวะพึงพาด้ชนีบาร์เซลเอดีแอลสุทธิชัย จิตพันธ์กุล (2544) ได้รับการพัฒนาขึ้นมา และพบว่ามีความน่าเชื่อถือที่จะนำมาใช้ได้ และแนะนำให้ใช้เครื่องมือทั้งสองในการประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติในผู้สูงอายุไทย จึงไม่หาความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือซ้ำ โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาและดัดแปลงทั้ง 6 ชุด ได้แก่ แบบประเมินภาวะของผู้ดูแลแบบวัดความเครียด แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต ที่ผ่านการแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์กรอบแนวคิด โครงร่างวิทยานิพนธ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์ ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นผู้วิจัยนำมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยคำนวณค่า CVI จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี มีสูตรในการคำนวณคือ

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

ถ้าคะแนนของแบบสอบถามนั้นมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา < .75 (อารีย์วรรณอ่วมธานี, 2554) ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม และนำไปตรวจสอบกับผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง เพื่อให้มีความถูกต้องก่อนนำไปทดลองใช้ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ มีจำนวน 5 คน ดังนี้ (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ก)

- นายแพทย์ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาด้านการวิจัย สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 1 คน
- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานการพยาบาลประสาทวิทยา จำนวน 1 คน
- อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 1 คน

- ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 1 คน
- ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 1 คน

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือ สรุปได้ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับข้อความ เพื่อให้ปรับภาษาให้เข้าใจมากขึ้น ดังนี้

1. ปรับคำถามข้อที่ 3 คือ ท่านเจ็บป่วยบางครั้ง เป็น ท่านเจ็บป่วยน้อยกว่า 3เดือน/ครั้ง เพื่อกำหนดระยะเวลา และให้คำจำกัดความของ บางครั้ง
2. ปรับคำถามข้อ 7 คือ ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกที่ไม่ดีเกี่ยวกับสุขภาพ เป็น ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านไม่ดี
3. ปรับคำถามข้อที่ 8 คือ แพทย์บอกว่าปัจจุบันท่านสุขภาพไม่ดี เป็น แพทย์หรือคนใกล้ชิดบอกว่าปัจจุบันท่านสุขภาพไม่ดี เพื่อปรับภาษาให้เข้าใจมากขึ้น เพราะหากผู้ดูแลไม่เคยไปพบแพทย์มาก่อนจะตอบคำถามไม่ได้
4. ปรับคำถามข้อที่ 9 คือ ปัจจุบันสุขภาพท่านไม่ค่อยดีเมื่อเทียบกับที่ผ่านมา เป็น ปัจจุบันสุขภาพของท่านไม่ค่อยดีเมื่อเทียบกับอดีตที่ผ่านมา
5. ปรับคำถามข้อที่ 12 คือ คนอื่นสนใจสุขภาพของเขามากกว่าที่ท่านสนใจสุขภาพตนเอง เป็นท่านสนใจสุขภาพตนเองน้อยกว่าบุคคลอื่น
6. ปรับคำถามข้อที่ 17 คือ เมื่อคนใกล้ชิดป่วย เช่น เป็นไข้หวัด ท่านมักจะป่วยบ่อยด้วยเสมอ เป็นเมื่อคนใกล้ชิดป่วย เช่น เป็นไข้หวัด ท่านมักจะป่วยด้วยเสมอ
7. ปรับคำถามข้อที่ 18 คือ การเจ็บป่วยบ้างเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เป็น การเจ็บป่วยบางครั้งเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต
8. ปรับคำถามข้อที่ 20 คือ บุคคลย่อมมีภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วยสลับกันไปเป็นระยะๆ เป็น บุคคลทั่วไปย่อมมีภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วยสลับกันไป
9. ปรับคำถามข้อที่ 21 โดยให้เพิ่มการยกตัวอย่างของคำว่าพฤติกรรม ปรับเป็น ท่านนำประสบการณ์จากการเจ็บป่วยครั้งก่อนมาปรับปรุงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพเท่ากับ

1.0

ชุดที่ 2 แบบประเมินภาวะผู้ดูแล

1. ปรับการใช้คำในข้อความถาม จากใช้คำ ผู้ป่วย เป็นคู่สมรส ทุกข้อ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีสถานะเป็นผู้ป่วย

2. ปรับคำถามข้อ 15 คือ เมื่อคู่สมรสโรคหลอดเลือดสมองมีอาการแยลง ท่านต้องรับผิดชอบกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลคู่สมรสมากขึ้น เป็น เมื่อคู่สมรสโรคหลอดเลือดสมองมีอาการแยลง ท่านต้องรับผิดชอบกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลมากขึ้น ตัดคำ คู่สมรส ออก

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินภาวะผู้ดูแล เท่ากับ 1.0

ชุดที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความเครียด

1. ปรับข้อความทุกข้อโดยการตัด ประโยค ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ออกทุกข้อ และให้นำไปเขียนอธิบายในส่วนคำชี้แจง

2. ข้อคำถามที่ 3 มี 2 คำถามในข้อเดียวคือ ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกกระวนกระวาย และเครียดบ่อยแค่ไหน ให้ปรับแก้โดยแยกข้อคำถาม เป็น ท่านรู้สึกกระวนกระวายบ่อยแค่ไหน และ ท่านรู้สึกเครียดบ่อยแค่ไหน

3. ข้อคำถามที่ 7, 8, 10, 11 และ 12 ให้นำประโยค บ่อยครั้งแค่ไหน ไปต่อท้ายประโยคในข้อคำถาม

จากข้อคำถามเดิมมี 14 ข้อ และได้ปรับแยกคำถามข้อที่ 3 ออก รวมข้อคำถาม เป็น 15 ข้อ ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการรับรู้ความเครียด เท่ากับ 0.86

ชุดที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนจากสังคม

1. ปรับคำถามข้อที่ 4 คือ เมื่อฉันมีปัญหา ฉันไม่สามารถที่จะพึ่งพาญาติ พี่น้อง น้อง หรือเพื่อนฝูงให้ช่วยเหลือได้ โดยให้ตัดคำ น้อง ออก แยกเป็น ญาติ พี่น้อง

2. ปรับคำถามข้อที่ 24 คือ มีคนคิดว่าฉันไม่ได้เป็นเพื่อนที่ดีอย่างที่ฉันเป็น ปรับเป็น มีคนคิดว่าฉันไม่ได้เป็นเพื่อนที่ดี

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการสนับสนุนจากสังคม เท่ากับ 0.84

ชุดที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

1. ปรับคำ จากใช้คำผู้ป่วย เป็น คู่สมรส ทุกข้อ เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

2. เนื่องจากคำถามข้อที่ 14 ถึง ข้อ 27 เป็นคำถามเกี่ยวกับความถี่ ให้ปรับมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ได้แก่

คะแนน 0 หมายถึง ไม่เคยเลย

คะแนน 1 หมายถึง นาน ๆ ครั้ง

คะแนน 2 หมายถึง บางครั้ง

คะแนน 3 หมายถึง บ่อย

คะแนน 4 หมายถึง บ่อยมาก

คะแนน 5 หมายถึง บ่อยมากที่สุด

3. คำถามข้อที่ 14 ปรับประโยคเว้นวรรคคำเดิม ท่านเคยคิดหรือพูดจาที่จะหย่าแยกทางกับคู่สมรสบ่อยครั้งแค่ไหน เป็นท่านเคยคิดหรือพูดจาที่จะหย่า หรือ แยกทางกับคู่สมรสบ่อยครั้งแค่ไหน

4. ปรับคำถามข้อที่ 15 คือ ท่านหรือคู่สมรสท่านออกจากบ้านไป หลังจากได้เถียงกันบ่อยครั้งแค่ไหน โดยให้ตัดคำ ท่าน ตำแหน่งที่สองออก ปรับเป็น ท่านหรือคู่สมรสออกจากบ้านไป หลังจากได้เถียงกันบ่อยครั้งแค่ไหน

5. ปรับคำถามข้อที่ 19 คือ ท่านเคยคิดเสียใจที่แต่งงานหรือไม่ เป็น ท่านเคยคิดเสียใจที่แต่งงานกับคู่สมรส

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย เท่ากับ 0.75

ชุดที่ 6 แบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต

ผู้วิจัยได้แปล และพัฒนามาจากจากแบบประเมินความพึงพอใจในชีวิตของ Fugl – Meyer และคณะ (1991) โดยมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) เพื่อขออนุญาตใช้แบบวัดนี้กับเจ้าของเครื่องมือ
2. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทย ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.78 หากความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันในเนื้อหาของข้อคำถาม และคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีครอนบาช แอลฟา (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

แบบประเมินภาวะพึ่งพา ดัชนีบาร์เรลเอตีแอลได้รับการพัฒนาขึ้นมา และพบว่ามีคุณค่าที่ดีที่จะนำมาใช้ได้ และแนะนำให้ใช้เครื่องมือทั้งสองในการประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติในผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยจึงไม่หาความเที่ยงของเครื่องมือซ้ำ ส่วนแบบประเมินภาวะของผู้ดูแล แบบวัดความเครียดแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันในเนื้อหาของข้อคำถาม และคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีครอนบาช แอลฟา (Cronbach's alpha) Devellis (1991) อ้างถึงในอารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554 กล่าวว่า ค่าแอลฟาระหว่าง .65 - .7 ถือว่ายอมรับได้ในระดับต่ำ ถ้าอยู่ระหว่าง .7 - .8 เป็นค่าที่ยอมรับได้ และถ้า

อยู่ระหว่าง .8 - .9 ถือว่าเป็นค่าที่อยู่ในระดับดีมาก แต่ถ้าคำนวณได้ค่าแอลฟามากกว่า .9 ผู้วิจัยต้องพิจารณาข้อคำถามเพราะอาจมีความซ้ำซ้อนกันของข้อคำถามได้

ผลการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) สรุปได้ดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพ	ค่าความเที่ยง .89
แบบประเมินภาระของผู้ดูแล	ค่าความเที่ยง .71
แบบวัดความเครียด	ค่าความเที่ยง .80
แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	ค่าความเที่ยง .77
แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย	ค่าความเที่ยง .80
แบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต	ค่าความเที่ยง .79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย ดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ได้ผ่านการพิจารณาแล้วให้คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร พิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรม

1.2 ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานครทั้ง 4 แห่ง ได้แก่ สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตเก็บข้อมูลในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในการวิจัย

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คน ซึ่งได้รับการชี้แจง อธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูลจากผู้วิจัย โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปยังหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย

2.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล สํารวจรายชื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จากยอดผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัด ที่แผนกผู้ป่วยนอก เวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ประจำแผนกนั้นสํารวจรายชื่อให้

2.3 ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายความสำคัญของปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัย อธิบายแบบสอบถาม หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเอง เนื่องจากอาจมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยใช้วิธีอ่านข้อความให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกตอบ

2.5 ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ เนื่องจากมีกิจกรรมที่ต้องทำ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมนั้นก่อน หลังจากนั้นจึงขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์

2.6 เมื่อได้รับแบบสอบถาม ตรวจสอบความครบถ้วนก่อนที่จะนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์

2.7 ดำเนินการตามข้อ 2.1 – 2.5 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด โรงพยาบาลละ 35 ราย จนครบ 140 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามหนังสือเลขที่ ศธ 0512.11/0594 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย สถาบันประสาทวิทยา เลขที่โครงการ 58044โรงพยาบาลรามาริบัติ เลขที่โครงการ ID 05-59-22ย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เลขที่โครงการ Q011q/59 และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เลขที่โครงการ 068/59 ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เริ่มจากการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับหากมีการเสนอผลการวิจัย จะเสนอเป็นภาพรวม ความไม่สะดวกของผู้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้วิจัยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยตอบแบบสอบถามความพึงพอใจแก่ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะพึ่งพาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินภาวะการดูแล แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้ความเครียด แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแล ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้อง

ระบุชื่อ- นามสกุล ลงในแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ นำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และทำลายทิ้งหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/Window ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สุขภาพ งานอดิเรก และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ด้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะพึ่งพา ด้านผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และการรับรู้ความเครียด วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างหาภาวะพึ่งพา กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product - moment correlation)
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส วิเคราะห์โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test)
5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างหาการสนับสนุนทางสังคม กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product - moment correlation)
6. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างหาภาวะการดูแลกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product - moment correlation)
8. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product - moment correlation)
9. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียด กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product - moment correlation)

ขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปรมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง +1 ถ้าค่าใกล้ 0 แสดงว่าสัมพันธ์กันน้อย ค่าใกล้ 1 แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันมาก ส่วนเครื่องหมายจะแสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ ถ้าเป็น + แสดงว่า มีความสัมพันธ์ตามกัน ถ้าเป็น - แสดงว่า มีความสัมพันธ์แบบผกผันกัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้จากข้อ 3 ถึง 9 นำมากำหนดระดับความสัมพันธ์ ดังนี้ (Burn & Grove, 1999)

- ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่า 0.1 – 0.3 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
- ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่า 0.3 – 0.5 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
- ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่า 0.5 ขึ้นไป หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 1 การศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิเคราะห์เป็นค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส	\bar{x}	(SD)	ระดับ
1. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เช่น การแต่งตัว การดูแล สุขภาวะส่วนบุคคล การเคลื่อนย้าย	4.18	.83	สูง
2. สถานการณ์เพื่อความบันเทิง	3.66	.75	สูง
3. สถานการณ์เกี่ยวกับอาชีพ	3.66	.76	สูง
4. สถานะทางการเงิน	3.49	.84	สูง
5. ชีวิตเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์	3.44	.89	ปานกลาง
6. สัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิต	4.08	.73	สูง
7. ชีวิตครอบครัว	4.06	.71	สูง
8. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนและบุคคลอื่น	3.84	.72	สูง
9. ชีวิตโดยรวมของฉันทัน	4.27	.92	สูง
รวม	3.84	.54	สูง

จากตาราง 3 พบว่าความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.84$, $SD = .54$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ลำดับแรก ชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.27$, $SD = .92$) รองลงมาความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เช่น การแต่งตัว การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การเคลื่อนย้าย ($\bar{x} = 4.18$, $SD = .83$) ตามลำดับ ส่วนลำดับสุดท้ายชีวิตเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.44$, $SD = .89$)

ตอนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

มีผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 4 ถึง ตารางที่ 11 ดังนี้

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n=140)

ตารางที่ 4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ ต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส						รวม	(P- value)
	พึงพอใจอย่างยิ่ง	พึงพอใจ	ค่อนข้างพอใจ	ค่อนข้างไม่พอใจ	ไม่พึงพอใจ	ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง		
1. เพศ								
1.1 ชาย	14	34	24			72		
	-	19.4%	47.2%	33.2%	-	-	51.4%	
1.2 หญิง	15	25	28			68		
	-	22.1%	36.8%	41.2%	-	-	48.6%	
รวม	29	59	52			140		
	-	20.7%	40.0%	37.14%	-	-	100%	1.602 (.449)

จากตารางที่ 4.1 พบว่าเพศไม่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือเพศชายมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างพอใจมีจำนวนสูงสุด (34, 47.2%) ส่วนที่มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับพึงพอใจมีจำนวนต่ำสุด (14, 19.4%) เพศหญิงมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างพอใจมีจำนวนสูงสุด (59, 40.0%) ส่วนที่มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับพึงพอใจมีจำนวนต่ำสุด (29, 20.7%)

ตารางที่ 4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษา ต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส						รวม	P- value
	พึงพอใจอย่างยิ่ง	พึงพอใจ	ค่อนข้างพอใจ	ค่อนข้างไม่พอใจ	ไม่พึงพอใจ	ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง		
	2. การศึกษา							
2.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา	-	9 16.1%	26 46.4%	21 37.5%	-	-	56 40.0%	
2.2 ประถมศึกษา	-	16 30.2%	20 37.8%	17 32.1%	-	-	53 37.9%	
2.3 มัธยมศึกษา	-	4 15.4%	11 42.3%	11 42.3%	-	-	26 18.6%	4.112
2.4 อุดมศึกษาขึ้นไป	-	-	-	-	-	-	-	(.391)
รวม		29 20.7%	57 40.7%	49 35.0%	-	-	140 100%	

จากตารางที่ 4.2 พบว่าการศึกษาไม่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างพอใจมีจำนวนสูงสุด (26, 46.4%) ส่วนผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาที่มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับพึงพอใจมีจำนวนต่ำสุด (4, 15.4%)

ตารางที่ 4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านการมีงานอดิเรก ต่อความพึงพอใจในชีวิต
ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส						รวม	(P- value)
	พึงพอใจ			ไม่พึงพอใจ				
	พึงพอใจ อย่าง ยิ่ง	ค่อนข้าง พอใจ	ค่อนข้าง ไม่พอใจ	ไม่พึง พอใจ	ไม่พึง พอใจ	ไม่พึง พอใจ อย่าง ยิ่ง		
3. การมีงาน อดิเรก								
3.1 มี	-	6 20.7%	5 8.5%	7 13.5%	-	-	18 12.9%	
3.2 ไม่มี	-	23 79.3%	54 91.5%	45 86.5%	-	-	122 87.1%	
รวม	-	29 20.7%	59 42.1%	52 37.1%	-	-	140 100%	2.616 (.270)

จากตารางที่ 4.3 พบว่าการมีงานอดิเรกไม่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่ไม่ม้งานอดิเรกมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างพอใจมีจำนวนสูงสุด (54, 91.5%) ส่วนที่มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างพอใจมีจำนวนต่ำสุด (5, 8.5%)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ตัวแปร	\bar{x} (SD)
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	3.33 (.25)
2. ด้านภาวะการพึ่งพาของผู้ป่วย	1.44 (.47)
3. ด้านภาระการดูแล	3.22 (.45)
4. ด้านการรับรู้ความเครียด	3.12 (.32)
5. ด้านการสนับสนุนจากสังคม	4.13 (.59)
6. ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย	3.09 (.29)
ภาพรวม	3.17 (.19)

จากตารางที่ 5 พบว่าตัวแปรด้านการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.13 (SD = .59) รองลงมาคือตัวแปรด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ และภาระการดูแล โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 (SD = .25), 3.12 (SD = .45) ตามลำดับ ส่วนตัวแปรด้านภาวะการพึ่งพาของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1.44 (SD = .47)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ของภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส	ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย	
	r	p - value
1. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เช่น การแต่งตัว การดูแล สุขภาวะส่วนบุคคล การเคลื่อนย้าย	.006	.94
2. สถานการณ์เพื่อความบันเทิง	-.037	.66
3. สถานการณ์เกี่ยวกับอาชีพ	.061	.47
4. สถานะทางการเงิน	.022	.79
5. ชีวิตเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์	.007	.93
6. สัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิต	-.012	.88
7. ชีวิตครอบครัว	-.104	.22
8. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนและบุคคลอื่น	-.068	.31
9. ชีวิตโดยรวมของฉันทัน	-.140	.10
ความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสโดยภาพรวม	-.060	.48

จากตารางที่ 6 พบว่า ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 ที่ว่าภาวะพึ่งพามีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	
	r	p - value
1. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เช่น การแต่งตัว การดูแล สุขภาวะส่วนบุคคล การเคลื่อนย้าย	.014	.86
2. สถานการณ์เพื่อความบันเทิง	-.058	.50
3. สถานการณ์เกี่ยวกับอาชีพ	.109	.21
4. สถานะทางการเงิน	.061	.47
5. ชีวิตเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์	.171	.04
6. สัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิต	.044	.60
7. ชีวิตครอบครัว	.098	.26
8. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนและบุคคลอื่น	.045	.60
9. ชีวิตโดยรวมของฉัน	.096	.27
ความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสโดยภาพรวม	.079	.36

จากตารางที่ 7 พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หากพิจารณารายข้อพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพกับชีวิตเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .171 ส่วนความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เช่น การแต่งตัว การดูแล สุขภาวะส่วนบุคคล การเคลื่อนย้าย, สถานการณ์เพื่อความบันเทิง, สถานการณ์เกี่ยวกับอาชีพ, สถานะทางการเงิน, สัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิต, ชีวิตครอบครัว, ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนและบุคคลอื่น และชีวิตโดยรวมของฉันไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่าการรับรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ของภาระการดูแลกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส	ภาระการดูแล	
	r	p - value
1. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เช่น การแต่งตัว การดูแล สุขภาวะส่วนบุคคล การเคลื่อนย้าย	.010	.90
2. สถานการณ์เพื่อความบันเทิง	-.079	.35
3. สถานการณ์เกี่ยวกับอาชีพ	-.141	.09
4. สถานะทางการเงิน	-.222	.00
5. ชีวิตเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์	-.186	.02
6. สัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิต	-.036	.67
7. ชีวิตครอบครัว	-.095	.26
8. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนและบุคคลอื่น	-.124	.14
9. ชีวิตโดยรวมของฉัน	-.007	.93
ความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสโดยภาพรวม	-.131	.12

จากตารางที่ 8 พบว่า ภาระการดูแลไม่มีความสัมพันธ์ กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส หากพิจารณารายชื่อ พบว่า ภาระการดูแลกับสถานะทางการเงิน และ ชีวิตเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -.222 และ -.186 ตามลำดับ ส่วนความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เช่น การแต่งตัว การดูแล สุขภาวะส่วนบุคคล การเคลื่อนย้าย, สถานการณ์เพื่อความบันเทิง, สถานการณ์เกี่ยวกับอาชีพ, สัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิต, ชีวิตครอบครัว, ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนและบุคคลอื่น และชีวิตโดยรวมของฉันไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่าภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส	การรับรู้ ความเครียด	
	r	p - value
1. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เช่น การแต่งตัว การดูแล สุขภาวะส่วนบุคคล การเคลื่อนย้าย	-.156	.06
2. สถานการณ์เพื่อความบันเทิง	.119	.16
3. สถานการณ์เกี่ยวกับอาชีพ	.114	.18
4. สถานะทางการเงิน	.162	.05
5. ชีวิตเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์	-.020	.79
6. สัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิต	.124	.14
7. ชีวิตครอบครัว	.244	.00
8. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนและบุคคลอื่น	.101	.23
9. ชีวิตโดยรวมของฉัน	.185	.02
ความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสโดยภาพรวม	.110	.19

จากตารางที่ 9 พบว่า การรับรู้ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์ กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส หากพิจารณารายข้อ พบว่า การรับรู้ความเครียดกับชีวิตครอบครัว และชีวิตโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .244 และ .185 ตามลำดับ ส่วนความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เช่น การแต่งตัว การดูแล สุขภาวะส่วนบุคคล การเคลื่อนย้าย, สถานการณ์เพื่อความบันเทิง, สถานการณ์เกี่ยวกับอาชีพ, สถานะทางการเงิน, ชีวิตเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์, สัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิต และปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนและบุคคลอื่น ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับกับการรับรู้ความเครียด ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่าการรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนจากสังคมกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส	การสนับสนุนจากสังคม	
	r	p - value
1. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เช่น การแต่งตัว การดูแล สุขภาวะส่วนบุคคล การเคลื่อนย้าย	.324	.00
2. สถานการณ์เพื่อความบันเทิง	.407	.00
3. สถานการณ์เกี่ยวกับอาชีพ	.363	.00
4. สถานะทางการเงิน	.357	.00
5. ชีวิตเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์	.246	.00
6. สัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิต	.363	.00
7. ชีวิตครอบครัว	.429	.00
8. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนและบุคคลอื่น	.502	.00
9. ชีวิตโดยรวมของฉันทัน	.320	.00
ความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสโดยภาพรวม	.519	.00

จากตารางที่ 10 พบว่า การสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .519 หากพิจารณารายข้อ พบว่า การสนับสนุนจากสังคมกับและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนและบุคคลอื่น ชีวิตครอบครัว สถานการณ์เพื่อความบันเทิง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .502, .429, .407 ตามลำดับ ส่วนความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เช่น การแต่งตัว การดูแล สุขภาวะส่วนบุคคล การเคลื่อนย้าย, สถานการณ์เกี่ยวกับอาชีพ, สถานะทางการเงิน, สัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิต, และชีวิตโดยรวมของฉันทันมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .324, .363, .357, .363 และ .320 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส	สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย	
	r	p - value
1. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เช่น การแต่งตัว การดูแล สุขภาวะส่วนบุคคล การเคลื่อนย้าย	.265	.00
2. สถานการณ์เพื่อความบันเทิง	.364	.00
3. สถานการณ์เกี่ยวกับอาชีพ	.317	.00
4. สถานะทางการเงิน	.307	.00
5. ชีวิตเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์	.224	.00
6. สัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิต	.423	.00
7. ชีวิตครอบครัว	.406	.00
8. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนและบุคคลอื่น	.342	.00
9. ชีวิตโดยรวมของฉันทัน	.327	.00
ความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสโดยภาพรวม	.453	.00

จากตารางที่ 11 พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .453 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9 ที่ว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส กับ ด้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะการพึ่งพา และปัจจัยด้านผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ภาวะการดูแล การรับรู้ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการเจ็บป่วย และ โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยปัจจัยด้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะพึ่งพา ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และการรับรู้ความเครียด

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและพาผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมารับการตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมประสาท คลินิกประสาทวิทยา และแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูจากสถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล จำนวน 140 คน ได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 140 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. พักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 3 สัปดาห์และพาผู้ป่วยมารับการตรวจ รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
5. คู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยินยอมการเข้าร่วมวิจัยด้วยการลงนาม
6. คู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด และเขียนได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย แบบประเมินภาระของผู้ดูแล แบบประเมินการรับรู้ความเครียด แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคำนวณหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรวิเคราะห์โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) และใช้ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

ผลจากการวิจัยสรุปได้ว่า

1. ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .54
2. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ การศึกษา และการมีงานอดิเรกไม่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .060$, $SD .48$)
4. การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .079$, $SD .36$)
5. ภาวะการดูแลไม่มีความสัมพันธ์ กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.131$, $SD .12$)
6. การรับรู้ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์ กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .110$, $SD .19$)
7. การสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .519$, $SD .00$)
8. สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .453$, $SD .00$)

อภิปรายผล

จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษา พบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างพึงพอใจมีจำนวนสูงสุด (61, 43.90%) ส่วนที่มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับไม่พึงพอใจมีจำนวนต่ำสุด (5, 3.60%) และโดยภาพรวมความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .54 อธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เช่น การแต่งตัว การดูแลสุขภาวะส่วนบุคคล

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kruitnof และคณะ (2012) ศึกษาประสบการณ์เชิงบวกของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจำนวน 121 คน พบว่า ประสบการณ์เชิงบวกซึ่งได้แก่การเห็นคุณค่าในตนเองและการดูแลมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่รับรู้ว่ามีภาระในการดูแลสูง และมีคุณค่าในตนเองสูง จะมีความพึงพอใจในชีวิตระดับสูง ส่วนผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่รับรู้ว่ามีภาระในการดูแลสูงและมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีความพึงพอใจในชีวิตในระดับต่ำ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระหว่างปัจจัยด้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะพึ่งพา ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย การรับรู้ความเครียด และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ปัจจัยด้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองคือ ภาวะพึ่งพา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสปัจจัยด้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า ด้านภาวะการพึ่งพาของผู้ป่วยโดยภาพรวม อยู่ในระดับคะแนนที่ต้องการการพึ่งพาทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยเกิดปัญหาในการกลั้นการถ่ายอุจระ กลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และการลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของ สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์ (2543) ศึกษาการพึ่งพา อึดมโนทัศน์ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการพึ่งพาอยู่ในระดับพึ่งพาเล็กน้อย มีอึดมโนทัศน์ทางบวก มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูง การพึ่งพา มี

ความสัมพันธ์ทางลบกับอัตมโนทัศน์ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับปานกลาง และอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการพึ่งพาของผู้ป่วยกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยภาพรวม และรายข้อ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ มารศรี นุชแสงพลี (2532) พบว่า ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ และยังขัดแย้งกับแนวคิดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของ Zhan (Zhan, 1992 อ้างถึงใน ฉันทนา นาคฉัตรีย์, 2546) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะเกิดภาวะพึ่งพาสูง ซึ่งทำให้รู้สึกว่าเป็นภาระให้กับครอบครัวหรือสังคม ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง

2.2 เพศ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ผลการศึกษา พบว่าเพศไม่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือเพศชายมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างพอใจมีจำนวนสูงสุด (34, 47.2%) ส่วนที่มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับพึงพอใจมีจำนวนต่ำสุด (14, 19.4%) เพศหญิงมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างพอใจมีจำนวนสูงสุด (59, 40.0%) ส่วนที่มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับพึงพอใจมีจำนวนต่ำสุด (29, 20.7%)

2.3 การศึกษา มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ผลการศึกษา พบว่าการศึกษาไม่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษามีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างพอใจมีจำนวนสูงสุด (26, 46.4%) ส่วนผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาที่มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับพึงพอใจมีจำนวนต่ำสุด (4, 15.4%)

2.4 การมีงานอดิเรก มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ผลการศึกษา พบว่าการมีงานอดิเรกไม่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่ไม่มีงานอดิเรกมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างพอใจมีจำนวนสูงสุด (54, 91.5%) ส่วนที่มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างพอใจมีจำนวนต่ำสุด (5, 8.5%)

2.5 การรับรู้สุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ผลการศึกษา พบว่าด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในชีวิต ย่อมมีภาวะสุขภาพดี และเจ็บป่วยสลับกันไป ซึ่งสอดคล้องเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านร่างกายของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) กล่าวว่า ผลกระทบทางด้าน

ร่างกายของผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะทำหน้าที่เพียงคนเดียว มิได้มีการสับเปลี่ยน ทำให้เกิดการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง บางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพอจึงทำให้เกิดการเจ็บป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยภาพรวม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดการช่วยเหลือผู้ดูแล ด้านสุขภาพของผู้ดูแลของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) กล่าวว่า จากการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลต้องระวังสุขภาพของตนเองมากขึ้น และ สุขภาพของผู้ป่วย ในบางครั้งผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองทำงานหนัก แต่ผู้ป่วยยังคงทุกข์ทรมานจากโรค ผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกผิด คับข้องใจที่ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นได้ และยังขัดแย้งกับแนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) กล่าวว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยา ซึ่งเป็นผู้สูงอายุด้วยกันทั้งคู่และมักมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ทานอาหารและยาไม่เป็นเวลา ดูแลสุขภาพของตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วมีอาการกำเริบมากขึ้น และอาจมีสุขภาพอื่น ๆ ตามมา อีกทั้งยังขัดแย้งกับแนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล ด้านปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน การที่มีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้น และมีความต้องการการดูแล ทำให้สมาชิกที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงความรับผิดชอบที่เคยทำอยู่ จึงมีผลทำให้เกิดผลกระทบตาม ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผลกระทบทางด้านจิตใจและความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล และผลกระทบทางด้านสังคม เศรษฐกิจ

2.6 ภาระการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผลการศึกษา พบว่าด้านภาระการดูแล พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีความกังวลว่าต่อไปคู่สมรสโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นอย่างไร รู้สึกกลัวเมื่อคู่สมรสโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการแย่ง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย Ostwald และคณะ (2009) จากการศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสในช่วง 12 - 24 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้ว 12 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความพึงพอใจในชีวิตลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป 24 เดือนจากค่าเฉลี่ย 23.79 เหลือ 22.42 ส่วนผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยภาพรวม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล ด้านปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) กล่าวว่า การที่มีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้น และมีความต้องการการดูแล ทำให้สมาชิกที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงความรับผิดชอบที่เคยทำอยู่ อีกทั้งยังขัดแย้งกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ

Adriaansen และคณะ (2011) พบว่า การศึกษาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภาวะของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับความพึงพอใจในชีวิตและยังขัดแย้งกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ Jones (2006) และ Goldzweig et al. (2012) พบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่เกิดกับตัวผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังเกิดกับผู้ดูแลด้วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส พบว่าทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต ปัญหาด้านเศรษฐกิจสังคม ตลอดจนผู้ดูแลอาจต้องแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากต้องทุ่มเทเวลาในการดูแล ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง

2.7 การรับรู้ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผลการศึกษา พบว่าด้านการรับรู้ความเครียด พบว่า โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากสามารถควบคุมการใช้เวลาและสามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ostwald และคณะ (2009) จากการศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสในช่วง 12 – 24 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้ว 12 เดือน พบว่า ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพที่เสื่อมไปตามวัย การรับรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพจากโรค ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมากที่สุดได้แก่ การรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่ไม่ดี รองลงมาได้แก่การรับรู้ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ส่วนผู้ที่มีความสัมพันธ์กับคู่สมรสที่ดี จะมีการเตรียมความพร้อมในบทบาทผู้ดูแล และพบว่ามี ความพึงพอใจในชีวิตมากที่สุด

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดแนวทางการช่วยเหลือดูแล ด้านสภาวะทางอารมณ์ของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) กล่าวว่า สภาวะทางอารมณ์ โดยเฉพาะความโกรธ ความคับข้องใจ และความเสียใจ สิ่งเหล่านี้เป็นอารมณ์ปกติที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่ถ้าหากอารมณ์เหล่านี้เกิดขึ้นแล้วจะทำให้ผู้ดูแลคิดประปรารถนาให้ผู้เจ็บป่วยตายไป ถ้าคิดเช่นนี้ความรู้สึกผิดจะตามมา ทำให้ผู้ดูแลยิ่งมีความเครียดมากขึ้น

2.8 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสด้านการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษา พบว่าโดยภาพรวมความคิดเห็นอยู่ในระดับค่อนข้างเห็นด้วย เนื่องจากครอบครัวทำให้รู้สึกว่ามีค่าสำคัญในการดำเนินชีวิตของครอบครัว เมื่ออยู่ใกล้ชิดแล้ว รู้สึกว่ามีความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรุ่งทิพย์ แงใจ (2542) ศึกษาาระดับของการสนับสนุนจากคู่สมรสของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมและราย

ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ หรือบริการ และการสนับสนุนด้านอารมณ์ อยู่ในระดับสูง คะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ในระดับสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวกซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ รุ่งทิพย์ แปะใจ (2542) พบว่า การศึกษาระดับของการสนับสนุนจากคู่สมรสของผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุในระดับต่ำ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ Adriaansen และคณะ (2011) พบว่า การศึกษาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความพึงพอใจในชีวิต การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วยด้านสังคมของ ฉันทนา นาคฉัตรีย์ (2546) กล่าวว่าสภาพปัญหาทางด้านร่างกายประกอบกับมีปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วย จากสาเหตุหลายประการ เช่น ผู้ป่วยรู้สึกอับอายที่ตนพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้ปฏิบัติตามแบบแผน ขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคมได้ จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมได้ หรือ เข้าร่วมกิจกรรมได้น้อยลง เป็นเหตุให้ผู้ดูแลแยกตัวออกจากสังคมส่งผลให้เกิดปัญหา เช่น การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพและบทบาทในสังคม ทำให้สังคมของผู้ดูแลลดลง สภาพการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลก็เปลี่ยนแปลงไป

2.9 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ผลการศึกษา พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจาก การเครียด การอบรม และการเลี้ยงดูลูก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับผลกระทบต่อครอบครัวของ ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ (2552) พบว่า เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบครัวต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ไปจากเดิมจึงทำให้มีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เช่น เกิดการเจ็บป่วยจากการดูแล เครียด วิตกกังวล และสุดท้ายขัดแย้งเพราะต้องมีหลายบทบาท

ความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความพึงพอใจในชีวิต ด้านสัมพันธภาพกับคู่ชีวิตของ Fugl-Meyer A.R., Branholm, and Fugl-Meyer K.S., (1991) ให้ความหมายว่า การที่บุคคลรู้สึกมีความสุข ความพอใจความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับคู่ชีวิต การรับรู้ถึงความรักใคร่ ผูกพัน คู่ชีวิตที่มีสัมพันธภาพกันดีจะดูแลกันด้วยความรักความเต็มใจ แต่ถ้าหากสัมพันธภาพระหว่างกันไม่ดี ก็จะถูกดูแลกันตามความจำเป็นมากกว่า

ความรัก และยังสอดคล้องกับ พบว่า ศึกษาความพึงพอใจในชีวิต ให้ความสนใจเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตโดยภาพรวม อธิบายว่าความพึงพอใจในชีวิตทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ การรู้สึกพอใจในความสามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมยามว่าง พอใจในงานและการประกอบอาชีพ พอใจด้านรายได้ พอใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ การมีปฏิสัมพันธ์บุคคลอื่น ชีวิตครอบครัว และ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล นั้นกับคู่ชีวิต

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดแนวทางการช่วยเหลือดูแล ด้านสภาวะทางอารมณ์ของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) กล่าวว่า สภาวะทางอารมณ์ โดยเฉพาะความโกรธ ความคับข้องใจ และความเสียใจ สิ่งเหล่านี้เป็นอารมณ์ปกติที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่ถ้าหากอารมณ์เหล่านี้เกิดขึ้นแล้วจะทำให้ผู้ดูแลคิดปรารถนาให้ผู้เจ็บป่วยตายไป ถ้าคิดเช่นนี้ความรู้สึกผิดจะตามมา ทำให้ผู้ดูแลยิ่งมีความเครียดมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยภาพรวมมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลาง จึงสามารถใช้เป็นข้อมูลให้ผู้บริหารโรงพยาบาล พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องในอาชีพ ได้ตระหนักและหาแนวทางในการพัฒนาส่งเสริมและสนับสนุนให้ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เห็นคุณค่าในตนเอง เป็นผู้ช่วยเหลือ ทำให้มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น

1.2 เนื่องจากความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วยกับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์กันทางบวก จึงสามารถใช้เป็นข้อมูลให้ผู้บริหารโรงพยาบาล พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องในอาชีพ ได้ตระเตรียมแนวทางความช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกรณีที่คู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีก่อนเจ็บป่วย

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสในภาพกว้าง ให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่มีลักษณะหลากหลายแตกต่างกัน เพื่อก่อให้เกิดประเด็นใหม่ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา และเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความผูกพันมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการอื่นๆ นอกเหนือจากการใช้แบบสอบถามเพียงอย่างเดียว เพื่อให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมด้วย เช่น การสังเกต และการสัมภาษณ์ แบบเจาะลึก

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2547). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: แอล ที เพรส.
กชกร สังขชาติ. (2536). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ภาควิชาการศึกษานอกระบบ คณะ
ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กัลยา วงศ์อามาตย์ และคณะ. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิตสาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เขมิกา ยามะรัต. (2527). ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา : ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญ กระทรวง
เกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาบัณฑิต คณะ
สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- คณะกรรมการสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา. (2534). ปัญหาผู้สูงอายุ
และแนวทางแก้ไข.
- จันทพร อีรทองดี. (2548). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาระการดูแลของ
ผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศา
สตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จเร ผลประเสริฐ. (2528). ประสาทศัลยศาสตร์. กรุงเทพฯ: เเยอร์บุ๊กพับลิชเชอร์.
- เจียมจิตแสงสุวรรณ. (2541). โรคหลอดเลือดสมอง-การวินิจฉัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2.
ขอนแก่น :ศิริกัณฑ์ออฟเซ็ท.
- ฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2546). ผลการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับกิจกรรมทางสังคม ต่อ
สมรรถภาพทางกาย และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.
วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชมนาด วรรณพรศิริ. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายของสังคม การสนับสนุนทางสังคม และ
สุขภาพจิตของพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ชัยฤทธิ์โพธิสุวรรณ และอรุณี บุญอุรพิภิญโญ. [ม.ป.ป.].ความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา
ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข ภาค 2 กรุงเทพมหานคร.วารสาร ศึกษาศาสตร์
ปริทัศน์, 14(3), 93-114.
- ชลาทิพย์ ทองมอญ .(2549).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
ไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิกา เจริญจิตต์กุล. (2554). เพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ.วารสาร มฉก. วิชาการ,15 (29), 97 – 112.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร.(2550).ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยู
แอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2543). 20 ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ.กรุงเทพฯ: ไร่ลาาย.
- ประดิษฐ์ ต้นสุรัตน์. (2544). การดำเนินชีวิตหลังเกษียณ.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บี เจ เพลส
โปรเซสเซอร์.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด
สมอง.วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
ผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย.(2554).ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน.พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- เพ็ญกลดา เคนไชยวงศ์.(2539).ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม
และภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และ ศัลยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภิญญา วีระพันธ์. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวเด็ก่อนสมรส ความพึง
พอใจในชีวิตสมรสของบิดามารดาตามการรับรู้ ระยะเวลาของการสมรส และความพึง
พอใจในชีวิตสมรสของผู้ใหญ่ตอนต้น.วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มณฑกานต์ สุนปาน. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการศึกษาวิชาการ
พยาบาล ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมสถาบัน และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับความรู้สึก
ที่มีคุณค่าในตนเองของนักศึกษาพยาบาล สถาบันของรัฐ กรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มารศรี นุชแสงพลี.(2532).ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ :ศึกษากรณี

- ผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยศิลปากร คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รุ่งทิพย์ แปะใจ. (2542). การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รศรินทร์เกรย์, วรชัย ทองไทย และเรวดี สุวรรณนพเก้า. (2522). ความสุขเป็นสากล. กรุงเทพฯ: จรัสสนิทวงศ์ การพิมพ์.
- ลภัสรดา รุ่งเจริญ. (2551). ผลของกิจกรรมพัฒนาการสื่อสารตามแนวคิดชาทรีที่มีต่อความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2552). การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- เล็ก สมบัติ. (2549). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวปัจจุบัน. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย).
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2555). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: พงษ์พานิชเจริญผล.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). ผู้ดูแลผู้สูงอายุ. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2538). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริวรรณศิริบุญ. (2545). ผู้ดูแลในสุทธิชัย จิตพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ). ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบาย และการวิจัย. หน้า 1 - 25. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธ์ สาส์ตย์. (2554). การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: แอคทีฟพริ้นท์.
- สกุรัตน์ เตียววานิช. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจในบทบาทการดูแลเด็ก การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). *การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล*. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.

สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์. (2543). *การพึ่งพา อัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา <http://www.nso.go.th>. [11 กันยายน 2556]

สมาคมโรคหลอดเลือดสมอง. (2556). *โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา www.thainhf.org/research_205. [11 กันยายน 2556]

เสาวภา พริ้วตะคุ. (2549). *การเปรียบเทียบความต้องการความช่วยเหลือและความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลระหว่างญาติผู้ดูแลที่เป็นคสมรส บุตร และพี่น้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันประสาทวิทยา. (2552). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล*. ฉบับที่ 2.

อัญชลี ยศกรณ. (2551). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อารีย์วรรณอ่วมตานี. (2554). *เอกสารคำสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อวยพร เรื่องตระกูล. (2553). *สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1*. ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาษาอังกฤษ

Adriaasen, J.J.E., Leeuwen, C.M.C., Visser-Meily, J.M.A., Geertrudis, A.M. & Post, M.W.M. (2011). Course of social support and relationships between social support and life satisfaction in spouses of patients with stroke in the chronic phase. *Journal of patient Education and Counselling*, 85, 48-52.

- Beeson, R.A. (2003). Loneliness and depression in spousal caregivers of those with Alzheimer's disease versus non-caregiving spouses. *Archives of psychiatric nursing*, 3, 135-143.
- Berg, A.I., Hassing, L.B., McClearn, G.E., & Johansson, B. (2006). What matter for life satisfaction in the oldest-old?. *Aging and Mental Health*, 10, 257-264.
- Bin Li & et al. (2015). Sex differences in outcomes and associated risk factors after acute ischemic stroke in elderly patients: A prospective follow-up study. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*. 24(10). 2277-2284.
- Carol, M.A. (2012). *Nursing for wellness in older adult*. 6th ed. China: Lippincott Williams & Wilkins.
- Christopher, E.R. & et al. (2002). *Leisure and life satisfaction*. 3rd ed. America: McGraw-Hill.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24(4), 385-396.
- Cook, N.M. & Jackson, P.A. (1999). Genders and sexualities in modern Thailand. *Journal of American ethnological society*, 28(2), 492-493.
- Diener, E., Emmon, R.A., Larsen, R.J. & Griffin, S. (1985). The life satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Desrosiers, J., Bravo, G., Hebert, R., & Dubuc, N. (1995). Reliability of the Revised Functional Autonomy Measurement System (SMAF) for Epidemiological Research. *Age and Ageing*, 24, 402-406.
- Desrosiers, J., & et al. (2003). Comparison of two functional independence scales with a Participation measure in post-stroke rehabilitation. *Archives of gerontology and geriatrics*, 37, 157-172.
- Durme, T.V., Macq, J., Jeanmart, C., & Gobert, M. (2012). Tools for measuring the impact of informal caregiving of the elderly : A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 490-504.
- Fugl-Meyer, A.R., Melin, R., & Fugl-Meyer, K.S. (1991). Happiness and domain-specific life satisfaction in adult northern Swedes. *Journal Rehabilitation Medicine*, 5, 25-33.
- Fugl-Meyer, A.R., Melin, R., & Fugl-Meyer, K.S. (2002). Life satisfaction in 18-to 64-year-old Swedes: In relation to gender, age, partner and Immigrant status. *Journal Rehabilitation Medicine*, 34, 239-246.
- Given, C.W., Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S., & Franklin, S. (1992). The Caregiver Reaction Assessment (CRA) for caregivers to person with Chronic Physical and Mental Impairments. *Research in nursing & Health*, 15, 271-283.

- Goldzweig,G., Merims, S., Ganon, R., Peretz, T.,&Baider, L. (2012). Coping and distress among spouse caregivers to older patients with cancer: An intricate path. *Journal of geriatric oncology*, 3, 376-385.
- Hornsten, C., Molander,L., & Gustafson, Y.(2012).The prevalence of stroke and Depression among a very old population.*Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55, 555-559.
- Hoyt, D.R., &Creech, J.C. (1983).The life satisfaction index: a methodological and theoretical critique. *Journal of Gerontology*,38,111-116.
- Jone,V.N. (2006). *The forgotten survivor*. [Online].Available from:http://www.stroke.org/site/Page_Server. [2014, March 9]
- Kempen, G.I.J.M., & Van Eijk, L.M.(1995).The psychometric properties of the SSL 12-I, A Short scale for measuring social support in the elderly.*Social Indicators Research*. 35: 303-312.
- Kespichayawattana, J. (1999).“*Katanyukatavedi*” and *Caregiving for frail elderly patients: The perspectives of Thai families in Metropolitan Bangkok, Thailand*.Dedree of Doctoral of Philosophy, Oregon Health Sciences University.
- Kruithof, W.J., Visser-Meily, J.M.A., & Post, M.W.M. (2012). Positive caregiving experiences are associated with life satisfaction in spouses of stroke survivors. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*, 21(8), 801-807.
- Larson,J., Billing, J., Murray, V., &Wredling, R. (2005). Spouse’s life situation after partner’ stroke event: psychometric testing of A questionnaire. *Journal of advanced nursing*, 52(3), 300-306.
- Larson,J., Franzen-Dahlin, A., Billing, A., Arbon, M.V., Murray, V., &Wredling, R. (2008). The impact of gender regarding psychological well-being and general life situation among spouses of stroke patients during the first year after the patientsStroke event: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*,45, 257- 265.
- Lawton, M.P. & Rubinstein, R.L. (2000).*Intervention in dementia care: Toward improving quality Of life*. America: Springer Publishing Company.
- Lokk J., &Delbari, A. (2010).Management of depression in elderly stroke patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*,6, 539-549.
- Lyyra, T.M., Tormakangas, T.M., Read, S., Rantanen, T., & Berg, S.(2006). Satisfaction with present life predicts survival in octogenarians. *Journal of Gerontology Psychological Sciences*,61, 319-326.
- Matayamool, C. (2003). *Factors affecting to role strain of caregivers in stroke patients*. Degree of Master of nursing science (Adult nursing). Faculty graduate studies Mahodol University.

- Melendez, C. J., Tomas, J.M., Oliver, A., & Navarro, E. (2009). Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction Among The elderly: A structural model examination. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 291-295.
- Merce balasch., & et al. (2015). Study of recovery patterns of elderly subacute stroke patients in an interdisciplinary neurorehabilitation unit. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*, 24(10), 2213-2218.
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G., & Hooyman, N.R.(1985). Caregiver and Experience of Subjective and objective Burden.*Family Relations*,34(1), 19-26.
- Neugarten, B.L., Havighurst, R.J. & Tobin, S.S.(1961).The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*,16,134-143.
- Olai, L., Borgquist,L., &Svardsudd, K.(2012).Health problems in elderly patients During the frist post-stroke year.*Journal of medical sciences*,117, 318-327.
- Ostwald,S.K., Godwin, K.M., &Cron, S.G.(2009).Predictors of life satisfaction in Stroke survivors and spousal caregivers twelve to twenty-four months post discharge fromInpatient rehabilitation. *National Institutes of health*, 34(4), 160-174.
- Poynter,B., &et al.(2009).Sex differences in the prevalence of post-stroke depression : A systemic review.*Psychosomatics*,50(6), 563-569.
- Ragheb, M.G., & Griffith, C.A. (1982).The contribution of leisure participation and leisure satisfaction to life satisfaction of older persons.*Journal of leisure research*, 14(4), 295-306.
- Sangon, S .(2001).*Predictors of depression in Thai women*.Unpublished doctoral dissertation, Faculty of Graduate Studies, The University of Michigan.
- Singhpoo,K., & et al.(2012).Factors related to quality of life of stroke survivors. *Journal of stroke and cerebrovascular disease*, 21(8), 776-781.
- Snyder,M., & Jackle, M.(1981).*Neurologic problems a critical care nursing focus*. Uniteds States of America : A prentice – hall publishing and communications company.
- Touhy & Jett. (2010). *Ebersole and Hess Gerontological Nursing Healthy Aging*.3rd ed.Canada: Mosby Elsevier.
- Wredling, R., Stalhammar, J., Adamson, U., & Berne, C.(1995).Well-being and treatment satisfaction in adult with diabetes: A Swedish Population-based study. *Quality of life Research*, 4, 515-522.
- World Health Oraganization.(2011). World stroke campaign. [Online].Available from: <http://www.world-stroke.org>,[2014 March 2]
- Zarit, S., Reever, K., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlations of feeling of burden. *Gerontologist*, 20(6), 649-655.

Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 795-800.





ภาคผนวก

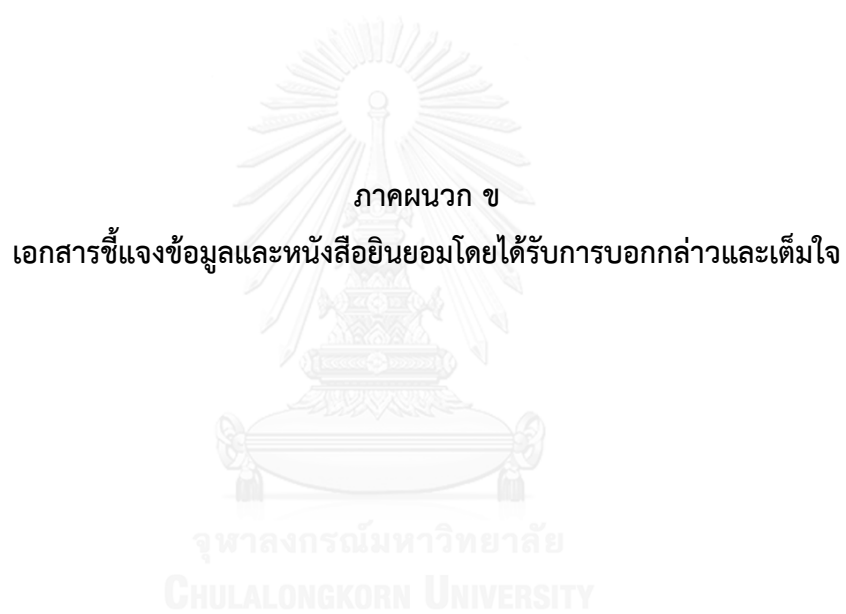
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาด้านการวิจัย สถาบันประสาทวิทยา
นางสายสมร บริสุทธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานการ พยาบาลประสาทวิทยา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุ โรงเรียนรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร. สุณี สุวรรณพสุ	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์
พันตรีหญิง วิภารัตน์ นาวาร์ตัน	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลพระ มงกุฎเกล้า



ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient / Participant information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวจิตาภา บรรณเลขส่ง นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	(ที่ทำงาน) 312 สถาบันประสาทวิทยา อาคารรัชมงคณ ชั้น 3 ตึกศัลยกรรมประสาทหญิง ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 (ที่บ้าน) เลขที่ 29 หมู่ 12 บ้านสมนรินทร์ ตำบลวังสามหมอ อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี 41280
โทรศัพท์	(ที่ทำงาน) 0-23069-899 ต่อ 2351, 2352 โทรศัพท์ที่บ้าน -
โทรศัพท์มือถือ	08-4752-3277 E-mail: jidapawutdy@gmail.com
เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน	

ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ 1) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยปัจจัยด้านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะพึ่งพา ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และการรับรู้ความเครียด 2) เพื่อศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักแก่ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มารับบริการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล โรงพยาบาลละ 35 ราย รวมทั้งหมด 140 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง คือ คู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรค

หลอดเลือดสมองอย่างน้อย 3 สัปดาห์ และพาผู้ป่วยมารับการตรวจ รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ยินยอมการเข้าร่วมวิจัยด้วยการลงนาม และคู่สมรสของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการสื่อสารโดยการพูดและเขียนได้

เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

4. ผู้วิจัยอธิบายถึงผลประโยชน์ในการวิจัย เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางสำหรับการศึกษา ค้นคว้า เกี่ยวกับการส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสโรคหลอดเลือดสมอง

5. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นไปโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วม หรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับหากมีการเสนอผลการวิจัย จะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่ไม่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏอยู่ในรายงาน

6. ความไม่สะดวกของผู้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้วิจัยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยตอบแบบสอบถามความพึงพอใจแก่ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะพึ่งพาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินภาวะการดูแล แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้ความเครียด แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแล

7. ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ- นามสกุล ลงในแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ นำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และทำลายทิ้งหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น

8. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบโดยเร็ว

9. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

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

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

วันที่ลงนาม.....

- ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง
- ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
- ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด
- ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อผู้ดำเนินโครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)



ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส	
คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ลงใน <input type="checkbox"/> หรือเติมคำในช่องว่างให้ตรงกับข้อมูลของท่าน (คำถามใดที่อาสาสมัครไม่สะดวกตอบคำถาม อาสาสมัครไม่จำเป็นต้องตอบก็ได้)	
ข้อ	ข้อความคำถาม
1.	อายุ.....ปี (นับจาก พ.ศ. ที่เกิด เฉพาะของอายุมากกว่าหรือ 6 เดือน ให้ปัดเป็น 1 ปี)
2.	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
3.	ระดับการศึกษาสูงสุดที่เคยได้รับ <input type="checkbox"/> ต่ำกว่าประถมศึกษา <input type="checkbox"/> อุดมศึกษา <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> อุดมศึกษาขึ้นไป <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา
4.	ระยะเวลาที่ท่านดูแลผู้ป่วย.....สัปดาห์.....เดือน.....ปี (ให้เลือกตอบในช่องใดช่องหนึ่ง)
5.	แหล่งที่มาของรายได้ของท่าน <input type="checkbox"/> บำเหน็จบำนาญข้าราชการ <input type="checkbox"/> บุตรหลาน <input type="checkbox"/> เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6.	รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน <input type="checkbox"/> <1,000 บาท <input type="checkbox"/> 5,001 – 10,000 บาท <input type="checkbox"/> 1,001 – 5,000 บาท <input type="checkbox"/> >10,000 บาท ขึ้นไป
7.	ท่านมีงานอดิเรกทำหรือไม่ <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ						
คำชี้แจง: ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านในปัจจุบัน โดยแต่ละช่วงมีความหมาย ดังนี้						
เห็นด้วยมากที่สุด (5) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด						
เห็นด้วยมาก (4) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก						
เห็นด้วยปานกลาง (3) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นบางส่วน						
เห็นด้วยน้อย (2) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงเล็กน้อย						
ไม่เห็นด้วย (1) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย						
ข้อ	ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด (5)	เห็น ด้วย มาก (4)	เห็น ด้วย ปาน กลาง (3)	เห็น ด้วย น้อย (2)	ไม่ เห็น ด้วย (1)
1.	จากการตรวจสุขภาพปัจจุบัน ท่านมีสุขภาพสมบูรณ์					
2.	ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านปัจจุบันดีขึ้นกว่าเดิม					
3.	ท่านเจ็บป่วยบางครั้ง					
4.	ท่านรู้สึกสบายดีเหมือนที่เคยเป็น					
5.	ท่านมีสุขภาพดีเหมือนบุคคลอื่น					
6.	ท่านเป็นคนสุขภาพสมบูรณ์ดีมาก					
7.	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกที่ไม่ดี เกี่ยวกับสุขภาพ					
8.	แพทย์บอกว่าปัจจุบัน ท่านสุขภาพไม่ดี					
12.	คนอื่นสนใจสุขภาพของเขามากกว่าที่ท่านสนใจสุขภาพตนเอง					
18.					
19.					
20.					
21.	ท่านนำประสบการณ์จากการเจ็บป่วยครั้งก่อนมาปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง					

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะการพึ่งพาของผู้ป่วย

คำชี้แจง: ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโปรด

ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ที่ตรงกับข้อความที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ใน ระยะ

2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา

ข้อ	กิจกรรม / คะแนน
1.	รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถดัดอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมให้ <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.	การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ <input type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ

ส่วนที่ - แบบประเมินภาวะการดูแล

คำชี้แจง: โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่าน ซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

(คำถามใดที่อาสาสมัครไม่สะดวกตอบคำถาม อาสาสมัครไม่จำเป็นต้องตอบก็ได้)

- มากที่สุด** หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา
มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน
ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกสัปดาห์
น้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง
น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น นาน ๆ ครั้ง หรือ เกือบไม่มีเลย

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
2.	ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
3.	ท่านรู้สึกท้อแท้จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
4.	ท่านรู้สึกน้อยใจในโชคชะตาของตนเอง เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวอื่น ๆ ที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
5.	ท่านรู้สึกเศร้าใจจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
6.	ท่านรู้สึกโกรธเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแสดงท่าที่ไม่พอใจท่าน					
...					
...					
23.	การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ท่านมีปัญหสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ปวดศีรษะ					

ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้ความเครียด

คำชี้แจง: ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึก และความคิดของท่านในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ในแต่ละข้อคำถาม ให้ท่านเลือกตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

(คำถามใดที่อาสาสมัครไม่สะดวกตอบคำถาม อาสาสมัครไม่จำเป็นต้องตอบก็ได้)

ไม่เคย หมายถึง ไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลยในหนึ่งเดือน

เกือบไม่เคย หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านประมาณ 1-3 ครั้ง ใน หนึ่งเดือน

บางครั้ง หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง

บ่อย หมายถึง เกิดความรู้สึกเหล่านั้นกับท่านอาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง

บ่อยมาก หมายถึง เกิดความรู้สึกเหล่านั้นกับท่านเป็นประจำทุกวัน

ข้อ	ข้อความ	ไม่เคย (1)	เกือบ ไม่ เคย (2)	บางครั้ง (3)	บ่อย (4)	บ่อย มาก (5)
1.	ท่านรู้สึกอารมณ์เสียกับเรื่องที่เกิดขึ้น โดยไม่คาดคิดบ่อยแค่ไหน					
2.	บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิตได้					
3.	ท่านรู้สึกกระวนกระวาย					
4.	ท่านรู้สึกเครียดบ่อยแค่ไหน					
5.	ท่านจัดการกับสิ่งที่น่ารำคาญใจที่เกิดขึ้น ในชีวิตประจำวันได้สำเร็จบ่อยแค่ไหน					
6.	ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าท่านจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
----	-----	----	----	----	----	----
15.	ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหน ที่ท่านรู้สึกว่าความยุ่งยากมีมากจนท่านไม่สามารถเอาชนะได้					

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนจากสังคม

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้ว วงกลมรอบตัวเลข ที่ท่านพิจารณาแล้วเห็นว่า ตรงกับตัวท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่มีผิด หรือถูก ตัวเลขน้อยแสดงว่าท่านไม่เห็นด้วย ส่วน ตัวเลขมากแสดงว่าท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น

(คำถามใดที่อาสาสมัครไม่สะดวกตอบคำถาม อาสาสมัครไม่จำเป็นต้องตอบก็ได้)

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยมาก	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยมาก
1.	ฉันมีใครคนหนึ่ง ที่เมื่ออยู่ใกล้ชิดแล้ว ฉันรู้สึกว่ามีความปลอดภัย	1	2	3	4	5	6	7
2.	ฉันรู้สึกเป็นคนสำคัญในกลุ่มที่ฉันอยู่	1	2	3	4	5	6	7
3.	ฉันรู้ว่า ฉันทำงานได้ดี (งาน หรือ การ ดูแลบ้าน)	1	2	3	4	5	6	7
4.	เมื่อฉันมีปัญหา ฉันไม่สามารถที่จะพึ่งพาญาติ พี่น้อง หรือเพื่อนฝูงให้ช่วยเหลือได้	1	2	3	4	5	6	7
5.	ฉันมีโอกาสมากเพียงพอ ในการพบปะกับบุคคลที่ทำให้ฉันมีความรู้สึกว่าเป็นคนพิเศษ	1	2	3	4	5	6	7
6.	ฉันใช้เวลากับคนที่มีความสนใจตรงกับฉัน	1	2	3	4	5	6	7
....
....
25.	ถ้าฉันไม่สบายจะมีคนมาแนะนำฉัน เกี่ยวกับการดูแลตนเอง	1	2	3	4	5	6	7

ส่วนที่ 6 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำ วงกลมรอบตัวเลข เพื่อระบุว่าท่าน และคู่สมรส มีความเห็นพ้องกันในเรื่องต่อไปนี้ บ่อยครั้งแค่ไหน ก่อนที่คู่สมรสของท่านจะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง							
ข้อ	ข้อความ	บ่อย มาก ที่สุด	บ่อย มาก	บ่อย	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย เลย
1.	การใช้จ่ายภายในครอบครัว	5	4	3	2	1	0
2.	การพักผ่อนหย่อนใจ	5	4	3	2	1	0
3.	ความเชื่อในศาสนา	5	4	3	2	1	0
4.	ความห่วงใย	5	4	3	2	1	0
5.	การคบเพื่อนฝูง	5	4	3	2	1	0
6.	ความสัมพันธ์ทางเพศ	5	4	3	2	1	0
7.	การอบรม และการเลี้ยงดูลูก	5	4	3	2	1	0
8.	การปฏิบัติต่อพ่อแม่ เขยหรือสะใภ้	5	4	3	2	1	0
9.	การใช้เวลาอยู่ด้วยกัน	5	4	3	2	1	0
10.	การตัดสินใจในเรื่องสำคัญ	5	4	3	2	1	0
11.	การทำงานบ้าน	5	4	3	2	1	0
12.	ความสนใจในการใช้เวลาว่าง และมี กิจกรรมต่าง ๆ	5	4	3	2	1	0
13.	การตัดสินใจในงานอาชีพ	5	4	3	2	1	0
เหตุการณ์หรือความรู้สึกต่อไปนี้ เกิดขึ้นกับท่าน และคู่สมรสบ่อยครั้งแค่ไหนก่อนที่คู่สมรสของท่านจะ เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง							
14.	ท่านเคยคิดหรือพูดจาที่จะหย่า หรือแยก ทางกับ คู่สมรสบ่อยครั้งแค่ไหน	5	4	3	2	1	0
15.	ท่านหรือ คู่สมรสออกจากบ้านไปหลังจาก โต้เถียงกันบ่อยครั้งแค่ไหน	5	4	3	2	1	0
16.	ท่านคิดว่าท่านและคู่สมรสเข้ากันได้ดี บ่อยครั้งแค่ไหน	5	4	3	2	1	0
17.	ท่านเชื่อใจคู่สมรส ของท่านบ่อยครั้งแค ไหน	5	4	3	2	1	0
18.	ท่านและคู่สมรสย่ำโทสะกันบ่อยครั้งแค ไหน	5	4	3	2	1	0
19.	ท่านเคยคิดเสียใจที่แต่งงาน	5	4	3	2	1	0

ข้อ	ข้อความ	บ่อย มาก ที่สุด	บ่อย มาก	บ่อย	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย เลย
20.	ท่านและคู่สมรสทะเลาะกันบ่อยครั้งแค่ไหน	5	4	3	2	1	0
21.	ท่านพอใจกับการมีกิจกรรมนอกบ้านกับคู่สมรสบ่อยครั้งแค่ไหน (ดูภาพยนตร์ เดิน ศูนย์การค้า ไปวัด เที่ยวต่างจังหวัด รับประทานอาหารนอกบ้าน หรืออื่น ๆ)	5	4	3	2	1	0
22.	ท่านและคู่สมรส มีการปรึกษาหารือกันบ่อยครั้งแค่ไหน	5	4	3	2	1	0
23.	ท่านและคู่สมรสมีการหัวเราะด้วยกันบ่อยครั้งแค่ไหน	5	4	3	2	1	0
24.	ท่านและคู่สมรส มีการถกเถียงประเด็นบางอย่างโดยใช้เหตุผลและใจเย็นบ่อยครั้งแค่ไหน	5	4	3	2	1	0
25.	ท่านและคู่สมรสมีการวางแผนต่าง ๆ ร่วมกันบ่อยแค่ไหน (การวางแผนอนาคต ของลูก การสร้างฐานะ งานอาชีพ และอื่น ๆ)	5	4	3	2	1	0
เหตุการณ์ต่อไปนี้นี้เป็นประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างท่าน และคู่สมรส บ่อยครั้งแค่ไหน ก่อนที่คู่สมรสของท่านจะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง							
26.	เหนื่อยเกินกว่าที่จะมีเพศสัมพันธ์	5	4	3	2	1	0
27.	ไม่แสดงออกให้รู้ว่ารัก	5	4	3	2	1	0
28.	โปรดวงกลมรอบตัวเลขที่ท่านเห็นว่าเป็นตัวแทนความสุขในชีวิตสมรสของท่าน ได้ดีที่สุดในขณะที่คู่สมรสของท่านจะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6</p> <p style="text-align: center;"> ----- ----- ----- ----- ----- ----- </p> <p style="text-align: center;">ไม่มีความสุขเลย ไม่มีความสุขปานกลาง มีความสุขเล็กน้อย มีความสุขมากที่สุด</p>					

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแล

คำชี้แจง: ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ และทำเครื่องหมาย **วงกลมรอบเลขหมาย** ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เลขหมายเหล่านี้มีความหมาย ดังนี้

(คำถามใดที่อาสาสมัครไม่สะดวกตอบคำถาม อาสาสมัครไม่จำเป็นต้องตอบก็ได้)

หมายเลข 1 หมายถึง ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง

หมายเลข 2 หมายถึง ไม่พึงพอใจ

หมายเลข 3 หมายถึง ค่อนข้างไม่พอใจ

หมายเลข 4 หมายถึง ค่อนข้างพอใจ

หมายเลข 5 หมายถึง พึงพอใจ

หมายเลข 6 หมายถึง พึงพอใจอย่างยิ่ง

ข้อ	ข้อความคำถาม	หมายเลข					
		1	2	3	4	5	6
1.	ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เช่น การแต่งตัว การดูแลสุขภาวะส่วนบุคคล การเคลื่อนย้าย เป็นอย่างไร	1	2	3	4	5	6
2.	สถานการณ์เพื่อความบันเทิง	1	2	3	4	5	6
3.	สถานการณ์เกี่ยวกับอาชีพเป็นอย่างไร	1	2	3	4	5	6
4.						
5.						
6.						
7.	ชีวิตครอบครัวเป็นอย่างไร	1	2	3	4	5	6
8.	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนและบุคคลอื่นเป็นอย่างไร	1	2	3	4	5	6
9.	ชีวิตโดยรวมของฉันทันเป็นอย่างไร	1	2	3	4	5	6

ภาคผนวก ง
จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือ
ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิผ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
และจดหมายขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

FON-CU-TH56511

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	4/19
วันที่	4/10/59
เวลา	15.45 น.
ผู้รับ	[Signature]

เรื่อง ขอนำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวจิตตภา บรรณเลขส่ง รหัสประจำตัว 5577157536 นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
การพยาบาลผู้สูงอายุ ที่อยู่อัจจุบัน เลขที่ 312 สถาบันพระสาธาณศึกษาศึกษาศาสตร์ กรุงเทพมหานคร ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี จังหวัดกรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10400 โทรศัพท์ 02-306-9829

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบวัดภาวะการดูแล
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ เรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ต่อการดูแลของผู้ดูแล
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวอัญชลี ยศกรรณ์
4. ปีของวิทยานิพนธ์ ปี พ.ศ. 2551

ลงนาม จิตตภา บรรณเลขส่ง ผู้ยื่นคำร้อง

(นางสาวจิตตภา บรรณเลขส่ง)

A / 10/10/59

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ <u>[Signature]</u>	ความเห็นอาจารย์ผู้ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ <u>อ. ส. 10/10/59</u>
ลงนาม <u>[Signature]</u> (รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)	ลงนาม <u>[Signature]</u> (รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิทย์ ธนศิลป์)

อนุญาต
[Signature]
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
A / 10/10/59

FON CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ 688
วันที่ 17/12/57
เวลา 10.40 น.
ผู้รับ [Signature]

เรื่อง ขดหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี ฝ่ายรองคณบดี

ข้าพเจ้านางสาวจิต ภา ขวรเลขสูง รหัสประจำตัว 5577157536 มีบัตรหลักจุดรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่ศูนย์สุขภาพ เลขที่ 312 สถาบันประสาทวิทยา ศึกศึยกรวมประธาทหญิง ถนนราช
วิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ 0-23009-899 ต่อ 2351, 2352 กำลังดำเนินการ
พัฒนาวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด
ตีบตัน (ระบุหัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ ตามประเภท เรื่อง การอนุมัติ
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ฉบับที่ 23.2556 ปีการศึกษา 2557 ลงวันที่ 16 พฤษภาคม 2557)
โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ เทปสองแถบการวิจัยคุณภาพ โดยทั่วไป
2. ชื่อวิทยานิพนธ์/รายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงูงใจใน
การศึกษาระดับปริญญาตรี ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมสถาบัน และภาระงานของผู้ดูแล ทั้งรวมแล้วเด็ก
มีคุณค่าในตนเอง ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี สถาบันการศึกษาของวิรู กรุงเทพมหานคร
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ ร้อยเอกหญิงมณฑกานต์ สุาเฟือง
4. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ พ. ศ. ค. หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหประภ
5. คณะ / ภาควิชา / สาขาวิชา คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหา วิทยาลัย
6. ปีของวิทยานิพนธ์ ปี พ. ศ. 2543

ลงนาม จิตภา ขวรเลขสูง ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาวจิตภา ขวรเลขสูง)
17 / 12 / 57

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ <u>[Signature]</u>	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิติคนเจ้าของเครื่องมือ
ลงนาม <u>[Signature]</u> (รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา) <u>17</u> / <u>12</u> / <u>57</u>	ลงนาม <u>[Signature]</u> (รองศาสตราจารย์ พ. ศ. ค. หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหประภ)
ความเห็นรองคณบดี <u>[Signature]</u>	อนุญาต ลงนาม <u>[Signature]</u> (รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ตมศิริ) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
ลงนาม <u>[Signature]</u> (ผู้รองศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา วิชาวัฒน์) <u>17</u> / <u>12</u> / <u>57</u>	



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน: ฝ่ายวิชาการ คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/๐๕๑๑

วันที่ ๙ เมษายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะคณบดีคณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย นางสาวจิตาภา บรรณแสงง นิสิตชั้นปริญญาโทระดับต้น คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นดูแลผู้สูงอายุในหอพักคนเฒ่าคนแก่" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้เกริ่นขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบประเมินดัชนีบาร์เฮาเอตส์ แอส (Barthele ADL Index) ของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อุกฤษชัย จิตะพันธ์กุล สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขออนุญาตให้บัณฑิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะวิทยาศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
นิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-2161 1158
นางสาวจิตาภา บรรณแสงง โทร. 08-4752-3277



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๕/๒๕ ถนนพหลโยธิน สาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๖
โทร: ๐๒๙๒๖ ๕๒๐๕-๕๑ ๑๐๐๑-๕๑๑๑ โทรสาร ๐๒-๕๑๑๑๕๖๓๕

ที่ ศธ ๐๒๗๑๐๖/๑๐๐๒๐
วันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๒
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๒๗๑๐๖/๑๐๐๒๐ ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

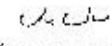
ตามที่ นางสาวจิตภากร บรรณแสง นิสิตชั้นปริญญาโทท่านที่ ๓ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะขออนุญาตให้เครื่องมือวิจัย คือ ๑) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมและ ๒) แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ของนางสาวจิตภากรพยาบาลศาสตร์ ดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๖๒ เรื่อง "แบบจำลองเชิงสาเหตุของ ความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรัง" ของ นางสาวสายทิพย์ เกษมกิจวิวัฒนา ซึ่งมี คณะสมัชชาคุณวุฒิคุณวุฒิ ทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาการวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องอนุญาตให้ นางสาวจิตภากร บรรณแสง ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจน ตัวว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าว บางกรณียกย่องของนักศึกษาศึกษาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ้าหากมีการละเมิดเกิดขึ้นข้าพเจ้ายินยอมให้ คณะพยาบาลศาสตร์ ดำเนินการตามบทบัญญัติของคณะพยาบาลศาสตร์ ได้มอบแบบฟอร์มหนังสือรับรองการ นำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์มาด้วย เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์มและส่งคืนไป ยังสำนักงานหลักสูตราบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และขอให้นำดำเนินการชำระ ค่าบริการขอใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวข้างต้น จำนวน ๒๐๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ค่าเครื่องมือวิจัย ๓ ชุด โดย ส่งลายมือชื่อส่งมายัง บ.ณ. สิริราช ในนาม

พริ้งสุคนธ์บัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ ๒ ถนนวิภาวดี แขวงศิริราช
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๑๐
โทร: ๐-๒๕๒๕ ๗๕๖๖-๕๐ ต่อ ๑๕๕๑๓, ๑๕๕๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์) พญ.ดร.อารยา พรพงษ์หาญสุร
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

หมายเหตุ ผู้ที่เขาลดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรา ให้ติดต่อตั้งแต่วันที่ ๘.๓๐-๑๕.๓๐ น.

๑๖๓

—



กระทรวงศึกษาธิการ
สํานักงาน
เลขที่หนังสือรับ
ว.พ.ป.
ปี

ที่ ศธ ๖๓๓๓๓๓๓๓ ๕๐๐๕

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่
๒๓๕ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ
อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๓๐๐

90 มี.ย. ๒๕๕๗

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขที่หนังสือรับ
ว.พ.ป.
ปี

เรื่อง ขออนุญาตให้ใช้เครื่องมัลติมีเดีย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๗/๐๕๑๖ ลงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๗

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะขออนุญาตให้
นางสาวจิตตภาภา บรรณารักษ์ มีสิทธิ์ขึ้นปฏิบัติงานหาบัณฑิต นำเครื่องมัลติมีเดียในวิทยาภิพันธ์ของนางปราณี
มีงษ์วิญญ ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ พิจารณามแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมอนุญาต
ให้นำเครื่องมัลติมีเดียดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

รศ.แพทองศยามณี น้อย

(รองคณบดีอาจารย์ ดร.พิพาพร วงศ์หงษ์บุ๋ง)

รองคณบดี ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา

โทร. ๐-๕๓๓๗-๒๕๑๐

โทรสาร. ๐-๕๓๕๔-๒๕๓๕

ที่ ศบ 0512.11/ 08๕๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

16 กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

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

เนื่องด้วย นางสาวจิตภา บรเรลงสง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นผู้สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอลาเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์ สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษาผู้อำนวยการด้านกรวิจัย
หัวหน้าศูนย์วิจัย |
| 2. นางสาวสมร บริสุทธิ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานการพยาบาลประสาทวิทยา |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีธธรรม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีธธรรม)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นายแพทย์ สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล และนางสาวสมร บริสุทธิ์
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-2181-1158
ชื่อนิสิต	นางสาวจิตภา บรเรลงสง โทร. 08-8752-3277

ที่ ศบ 0512.11/ 0899



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒6 กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

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

เนื่องด้วย นางสาวจิตภา บรรเลงส่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ พันตรีหญิง วิการัตน์ นาวารัตน์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ หัวหน้าหอผู้ป่วย 16/2 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิศา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน พันตรีหญิง วิการัตน์ นาวารัตน์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-2181-1158

ซีอีเอส นางสาวจิตภา บรรเลงส่ง โทร. 08-8752-3277

ที่ ศบ 0512.11/ 08๒๒



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตตภา บรรณแสงส่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นผู้สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรียา มั่นคง ลาจารย์ ประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่มีสัติดสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรียา ปริชวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรียา มั่นคง

ผู้อำนวยการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-2181-1158

ชื่อนิสิต นางสาวจิตตภา บรรณแสงส่ง โทร. 08-8752-3277

ที่ ศธ 05-12.11/๐๙๕๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

6 กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตกาภา บรรณแสงส่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. สุนี สุวรรณพล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิตา ปริธินทร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปริธินทร์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ดร. สุนี สุวรรณพล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-2181-1158
ชื่อหนังสือ	นางสาวจิตกาภา บรรณแสงส่ง โทร. 08-8752-3277



ที่ ศร 0512.11/ 05๙๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรรณารักษ์ ชั้น 11
ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร 10330

19 เมษายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ใช้สิทธิตำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
- 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตภา บวรแสงส่ง บัณฑิตในปริญญาโทชั้นโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีผลสัมพันธ์กับคุณภาพพึงพอใจในจิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุนโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร ภาคพิชญวิวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีขอความอนุเคราะห์ให้ใช้สิทธิตำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยจากผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุนโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 35 คน โดยใช้นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะการพึ่งพาของผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินการให้การดูแล แบบวิธีการรับรู้ความเครียด แบบประเมินการสนับสนุนจากสังคม และทัศนคติสัมพันธ์อกภรรยาของผู้สมรสคู่กันเจ็บป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแล ทั้งนี้มีสัปดาห์ประมาณงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจิตภา บวรแสงส่ง ดำเนินการในกระบวนการข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งนี้เป็นอย่างที่กราบทูลขอความอนุเคราะห์จากท่าน และขอแสดงความขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร ภาคพิชญวิวัฒนา

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงาน	หัวหน้าพยาบาล
แผนกเวชบำบัด	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร ภาคพิชญวิวัฒนา โทร. 02-2118-1158
ผู้ติดต่อ	นางสาวจิตภา บวรแสงส่ง โทร. 08-4752-3277

ที่ ศอ 0512.11/0599

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 เมษายน 2559

เรื่อง ขอลความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

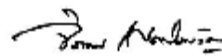
เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตานา บรรเลงส่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 35 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะการพึ่งพาของผู้ป่วยดัชนีบาร์เรลเอ็ดดีแอล แบบประเมินภาวะการดูแล แบบวัดการรับรู้ความเครียด แบบประเมินการสนับสนุนจากสังคม แบบวัดความสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแล ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจิตานา บรรเลงส่ง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-2181-1158
นิสิต	นางสาวจิตานา บรรเลงส่ง โทร. 08-4752-3277

ที่ ศธ 0512.11/ 0594

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ เมษายน 2559

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

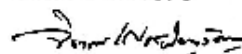
เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบรายงานการส่งโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาครั้งแรก 4 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 4 ชุด
 3. โครงร่างวิจัยภาษาไทย 4 ชุด
 4. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัครและหนังสือแสดงเจตนาเข้าร่วมในโครงการวิจัย 4 ชุด
 5. แบบประวัติผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย อาจารย์ที่ปรึกษา 4 ชุด
 6. แผ่นซีดีที่บรรจุข้อมูลการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตภา บรเรลงสง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจิตภา บรเรลงสง เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร, 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-2181-1158

นางสาวจิตภา บรเรลงสง โทร. 08 4752-3277

ที่ ศท 0512.11/0592



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 เมษายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้จัดส่งคำเินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตตภา บรรณแสง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้จัดส่งคำเินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 35 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะการพึ่งพาของผู้ป่วยดื้อบาร์เรลเอคินแอล แบบประเมินการขาดดูแล แบบวัดการรับรู้ความเครียด แบบประเมินการสนับสนุนจากสังคม แบบวัดความสัมพันธ์มาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแล ทั้งนี้จัดส่งประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจิตตภา บรรณแสง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งนี้เป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

1.ผู้ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตำแหน่ง

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

กองบรรณารักษ์

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-2181-1158

ข้อมูลอื่นๆ

นางสาวจิตตภา บรรณแสง โทร. 08-4752 3277



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สถาบันประสาทวิทยา โทร. ๐ ๒๓๐๖ ๙๘๙๙ ต่อ ๔๔๐๒

ที่ สธ ๐๓๑๑/๓๑๗๗ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน น.ส.จิตาภา บรรณลงส่ง

ตามที่ท่านได้เสนอขออนุมัติดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยา ตามรายละเอียดของโครงการวิจัยข้างท้าย และขณะนี้คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นคณะกรรมการวิจัยประจำสถาบันฯ มีการดำเนินงานตามแนวทางการวิจัยทางคลินิกที่ดี ได้ดำเนินการพิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว

เลขที่โครงการ ๕๘๐๔๔

ชื่อโครงการวิจัย บัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ในการนี้ สถาบันประสาทวิทยาขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว ตามรายละเอียดในเอกสารของคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ที่ สธ ๐๓๑๐(๑๑๗๐๐)/๑๒๖๓ ตามเอกสารแนบท้าย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายอุดม กุวัชรินทร์)

ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา



ที่ ศธ ๐๐๓๖ (๑๓๓๐๐)/๑๒๒๓

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันประสาทวิทยา ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ ๓๑๒ ถนนราชมังคลาภิเษก
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๘ มีนาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

เรียน น.ส.จิตนาถ บรรณารักษ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารเลขที่ ๒๒๐/๒๕๕๔

ตามที่ท่านซึ่งเป็น หัวหน้าโครงการวิจัยตามรายละเอียดข้างท้าย ได้เสนอโครงการวิจัยดังกล่าวต่อคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

เลขที่โครงการ ๕๐๐๕๔

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในการนี้ คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นคณะกรรมการวิจัยประจำสถาบัน (Institutional Review Board : IRB) ที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ได้พิจารณา และมีมติอนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ โดยผู้วิจัยจะต้องมีหน้าที่และความรับผิดชอบภายหลังได้รับการอนุมัติ คือ ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๗ "ข้อมูลสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรง" โดยเคร่งครัดและจะต้องรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยเมื่อมีการร้องขอและ/หรือเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ ทุกครั้ง ได้แก่

๑. ควรพิจารณาดำเนินการให้นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยทุกคน ผ่านการอบรมทางด้านจริยธรรมการวิจัยในคน
๒. เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ พร้อมทั้งแจ้งสาเหตุของการยุติโครงการวิจัยให้ทราบด้วย
๓. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงการวิจัยต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมทั้งผู้ที่ต้องเปลี่ยนแปลง
๔. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัยหรือเพิ่ม/เติมคณะผู้วิจัย ต้องส่งประวัติของคนที่เปลี่ยนแปลงพร้อมเหตุผลให้คณะกรรมการ ฯ ทราบด้วย
๕. เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์ที่ relate, possible/likely, probably related, fatal กับโครงการวิจัยที่ท่านรับผิดชอบอย่างไร รวมทั้งขอทราบมาตรการในการดูแลป้องกันอาสาสมัครในประเทศไทยด้วย
๖. จัดส่งรายงานการศึกษาริธีวิจัย จำนวน ๒ ชุด ให้แก่สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน
๗. หากการวิจัยเกินเวลากว่า ๓ ปี จะต้องรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย พร้อมดำเนินการขอต่ออายุการรับรองก่อนหมดอายุอย่างน้อย ๓๐ วัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)
ประธานคณะกรรมการวิจัย

และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา

โทร. ๐ ๒๖๖๒ ๕๓๓๕๓ ต่อ ๒๖๑๒

โทรสาร ๐ ๒๖๖๒ ๕๓๓๓๓



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๕๖ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
 โทร. (๐๒) ๒๕๑-๑๐๐๐

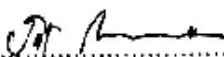
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. (662) 201-1000

Documentary Proof of Ethical Clearance
Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

MURA2016/319

Title of Project (EC_590525)	Factors Related to Life Satisfaction of the Spousal Caregivers to the Elderly with Stroke
Protocol Number	ID 05-59-22
Principal Investigator	Miss. Jidapa Bunlengsong
Education Address	Faculty of Nursing Chulalongkorn University

The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Chairman Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects	 Prof. Pat Mahachoklertwattana, M.D.
Date of Approval	May 31, 2016
Duration of Study	6 Months



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๗๑ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
 โทร. (๐๒) ๒๐๑-๕๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University,
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๙/๓๑๙

ชื่อโครงการ (EC_590525)	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๕-๕๙-๒๒ ย
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวจิตาภา บรรณแสง
สถานศึกษา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของ เกล็ดจิงกิ
 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา)

วันที่รับรอง

๓๓ พฤษภาคม ๒๕๕๙

ระยะเวลาในการศึกษา

๖ เดือน



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักบริหารการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ ๐-๒๕๖๒-๖๖๖๖ โทรสาร ๐-๒๕๖๒-๖๖๖๖
ที่ ... สม.คณะกรรมการพิจารณาวิจัยระบบการวิจัย...สวศ/๒๕๕๘...วันที่.....๒๕๕๘...มี (นาย).....๒๕๕๘...
เรื่อง ผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นางสาวจิตตาภา บรรณาส่ง

ตามที่ท่านเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับทุนการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือปริญญาโทในคณะแพทย-
ศาสตร์โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลหรือราช กรุณาวิจัยที่มีทุนสนับสนุนให้ทุนวิจัยผู้ดูแลที่เก็บ
ข้อมูลผู้สูงอายุในครอบครัวของตนเองในเขตโครงการ...๒๕๕๘/๕๕...คณะกรรมการฯ มีมติรับรองโครงการวิจัยดังกล่าว
ในการประชุม ครั้งที่ ๑๖๓.ว.๑๕๘.และผู้นิยมนำเสนอรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยทุก...๑๕๘...เดือน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ ทั้งนี้ได้แนบเอกสารรับรองดังต่อไปนี้มาด้วย

๑. แบบเสนอโครงการวิจัย Version 2 ลงวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๘
๒. เอกสารชี้แจงข้อสงสัยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version 2 ลงวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๘
๓. หนังสือเสนอขอขออนุญาตเข้าร่วม การวิจัยโดยให้มีการขอคัดสำเนาและพิมพ์ (เอกสารทั้ง ๓ ฉบับ) ไป
Version 2 ลงวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๘
๔. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป Version 2 ลงวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๘
ส่วนที่ ๑ ซึ่งผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุ
 - ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแลและผู้สูงอายุ
 - ตอนที่ ๒ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ
 ส่วนที่ ๒ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ปวย
๕. แบบประเมินภาวะการพึ่งพาของผู้ป่วย Version 2 ลงวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๘
๖. แบบประเมินภาวะการดูแล Version 2 ลงวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๘
๗. แบบวัดการรับรู้ความเครียด Version 2 ลงวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๘
๘. แบบประเมินการสนับสนุนผู้ดูแล Version 2 ลงวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๘
๙. แบบวัดระดับของภาวะพึ่งพาผู้ดูแลจากต้นเชิงโลก Version 2 ลงวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๘
๑๐. แบบประเมินความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแล Version 2 ลงวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๘
๑๑. แบบประเมินความเครียด Version 2 ลงวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๘
๑๒. ประวัติผู้วิจัยหลัก :
 - ๑๒.๑. นางสาวจิตตาภา บรรณาส่ง
 - ๑๒.๒. ประวัติผู้วิจัยหลักร่วมอาจารย์ที่ปรึกษา :
 - ๑๒.๑. นางสาววิภากร เกษพิชญวัฒนา

นางสาวจิตตาภา บรรณาส่ง
(นางสาวจิตตาภา บรรณาส่ง)

รองผู้อำนวยการบริหารการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย สำนักที่ ๒
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ๒/วิ.๒๒๒๒ ชั้น ๒
ถนนพหลโยธิน กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๑๐
๒๕๕๘ โทรสาร ๐-๒๕๖๒-๖๖๖๖ โทรสาร ๐-๒๕๖๒-๖๖๖๖
โทรศัพท์ : ๐-๒๕๖๒-๖๖๖๖ โทรสาร : ๐-๒๕๖๒-๖๖๖๖

RIC : ๐๕๘/๕๕

๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๙



คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก
31.7/5 แผนกเวชปฏิบัติ เวช ราชวิถี กรุงเทพฯ 10400

ที่ IFB3TA... ๕๕๖ /2559

รหัสโครงการ: CO11๘/59

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาลเอกชน
[FACTORS RELATED TO LIFE SATISFACTION OF THE PRIVATE CAREGIVERS TO THE ELDERLY WITH STRIKE]

เลขที่โครงการวิจัย : -

ชื่อผู้วิจัยหลัก : นางสาว วิภาดา บรรณสง่า

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล


สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาในกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะพยาบาลศรีวิไลพยาบาล


เอกสารประกอบ :

1. แผนรายงานการส่งโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาครั้งแรก ฉบับที่ 2 วันที่ 16 มิถุนายน 2559
2. แผนโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 16 มิถุนายน 2559
3. เอกสารชี้แจงข้อสงสัยจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและขอคืนสิทธิและผลการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 16 มิถุนายน 2559
4. แผนเสนอแผน ฉบับที่ 2 วันที่ 16 มิถุนายน 2559
5. ประวัตินักวิจัย นางสาว วิภาดา บรรณสง่า ฉบับที่ 2 วันที่ 16 มิถุนายน 2559
6. ประวัติผู้ร่วมวิจัย ศ.ดร.หญิง วิภาดา บรรณสง่า ฉบับที่ 2 วันที่ 16 มิถุนายน 2559
7. ประวัติที่ไม่เกี่ยวข้องของคณะกรรมการ ฉบับที่ ๑ ฉบับที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๙

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก ว่าสอดคล้องกับปฏิญญาเฮลซิงกิ และมอบอนุมัติ ID 1569

วันที่รับรองตามจริยธรรมของโครงการวิจัย: 21 มิถุนายน 2559
 ให้นำส่งเอกสารประกอบ: 20 มิถุนายน ๒๕๕๙
 ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย: รายงานความก้าวหน้าทุก 1 ปี

หลักวิจัย: 
 (นางสาว วิภาดา บรรณสง่า)
 ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พ.บ.

ผู้รับ: 
 (ศาสตราจารย์วิภาดา บรรณสง่า)
 และกรรมการบริหารโครงการวิจัย พ.บ.

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจิตาภา บรรณเลขส่ง เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร์ เมื่อปี พ.ศ. 2555 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ
หน่วยงานหอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 6 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 7 รอบ สถาบันประสาทวิทยา

