

ความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแล
ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

Caregiving Preparedness, Family Relationships and Role Strain Among
Caregivers of Muslim Stroke Patients

อรอนงค์ กุลณรงค์

Onanong Koonnarong

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of

Master of Nursing Science (Adult Nursing)

Prince of Songkla University

2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

๑

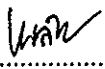
เลขที่	RC 388.5 ๐4๕ 2๕๕4 ๑.2
Bib Key	๓๗๘๗๘
	31 ส.ค. 2554

(1)


ชื่อวิทยานิพนธ์ ความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียด
ในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง
ผู้เขียน นางอรอนงค์ กุลณรงค์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

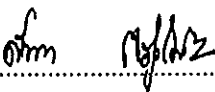
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

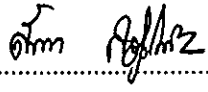
คณะกรรมการสอบ

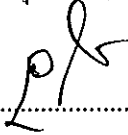

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินิกส์ ฐานิวัฒนานนท์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินิกส์ ฐานิวัฒนานนท์)

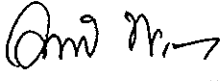

.....กรรมการ
(ดร.ลัทธมา กิจรุ่งโรจน์)


.....กรรมการ
(ดร.ลัทธมา กิจรุ่งโรจน์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไร หักกิจ)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ช่อลดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)


.....
(ศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ พงศ์คารา)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	ความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียด ในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง
ผู้เขียน	นางอรอนงค์ กุลณรงค์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2553

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักจำนวน 100 ราย ที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว ความขัดแย้งในบทบาท ความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้น และการแสดงบทบาทไม่ตรงตามคาดหวัง ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และความเที่ยงของเครื่องมือโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87, .88, .92 และ .88 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามการแสดงบทบาทไม่ตรงตามคาดหวัง ตรวจสอบความเที่ยงโดยคำนวณร้อยละของความสอดคล้องระหว่างคะแนนในการวัดสองครั้ง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.57, SD = 0.62$) สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.92, SD = 0.46$) และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.08, SD = 0.54$) ผลการศึกษาเพิ่มเติมพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ($r = -.28, p < .01$)

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางส่งเสริมการเตรียมความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลหลักก่อนออกจากโรงพยาบาล เพื่อช่วยลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความเพียรพยายาม มุ่งมั่นของผู้วิจัยและได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตลอดจนอาจารย์หลายท่าน อาทิ ดร.นิภา นิยมไทย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย ที่ได้เอาใจใส่ดูแล ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจในการอดทนต่ออุปสรรคต่างๆ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบ โครงร่างวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาใช้เวลาอันมีค่าในการตรวจสอบเครื่องมือ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ยะลา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอพิเศษที่เกี่ยวข้องอนุสรณ์ รวมถึงผู้ร่วมงานทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนในการลาศึกษาต่อครั้งนี้ และขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้สนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

สุดท้ายขอขอบพระคุณนางสุพร คงสำเริง และนายพัก สิ้นธุ์สงวน มารดาและบิดา เลี้ยง นายจตุรภูมิ - คช.จิริที่ปต์ - คช.จิริภาส กุลณรงค์ และทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นกำลังใจมาโดยตลอด จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ลุล่วงได้ด้วยดี คุณประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ เพื่อนร่วมงาน ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่าน

อรอนงค์ กุลณรงค์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
ABSTRACT.....	(4)
กิตติกรรมประกาศ.....	(5)
สารบัญ.....	(6)
รายการตาราง.....	(8)
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์.....	5
ขอบเขตของการศึกษา.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลมุสลิม.....	11
แนวคิดความพร้อมในการดูแล.....	18
แนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว.....	24
แนวคิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล.....	28
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	34
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	41
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	41
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	42

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย.....	43
การอภิปรายผล.....	53
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	66
ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้.....	66
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	67
บรรณานุกรม.....	69
ภาคผนวก.....	76
ก. ใบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	77
ข. การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง.....	78
ค. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	79
ง. ผลการศึกษาเพิ่มเติม.....	94
จ. ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	98
ประวัติผู้เขียน.....	99

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	44
2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	48
3	คะแนนต่ำสุด – สูงสุดของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพร้อมในการดูแล จำแนกตามรายค้ำและ โดยรวม.....	51
4	คะแนนต่ำสุด – สูงสุดของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของสัมพันธภาพในครอบครัว จำแนกตามรายข้อและ โดยรวม.....	52
5	คะแนนต่ำสุด – สูงสุดของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล จำแนกตามรายค้ำและ โดยรวม.....	53
6	คะแนนต่ำสุด – สูงสุดของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความขัดแย้งในบทบาท จำแนกตามรายข้อและ โดยรวม.....	94
7	คะแนนต่ำสุด – สูงสุดของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง จำแนกตามรายข้อและ โดยรวม.....	95
8	คะแนนต่ำสุด – สูงสุดของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้น จำแนกตามรายข้อและ โดยรวม.....	96
9	คะแนนต่ำสุด – สูงสุดของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียด โดยรวม จำแนกตามรายข้อและ โดยรวม.....	97
10	ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง.....	97

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ความเจริญของเทคโนโลยีทางการแพทย์และการพยาบาลที่มีการพัฒนามากขึ้น ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้รอดพ้นจากระยะวิกฤตได้เร็วขึ้น (กิตติพันธุ์, 2552) อย่างไรก็ตามมีรายงานการศึกษาพบว่าจำนวนหนึ่งในสามของผู้ป่วยเสียชีวิตในหนึ่งเดือนหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนจำนวนสองในสามที่เหลือได้รับการช่วยเหลือให้มีชีวิตรอด แต่ยังคงมีความพิการเหลืออยู่ (Murray, 2009) ความพิการที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความผิดปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (นิจศรี และณัฐ, 2550) ในปัจจุบันโรงพยาบาลมีนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้น (โรงพยาบาลศูนย์ยะลา, 2549-2551) หรือมีการให้บริการลักษณะผู้ป่วยนอกมากขึ้น ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือ หรือการดูแลจากผู้ดูแล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545)

บทบาทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน (จิตอารีย์, 2548) ต้องมีการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การขับถ่าย การเคลื่อนไหวร่างกาย การจัดทำทางให้สุขสบาย การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงการดูแลด้านจิตใจและการบริหารด้านการเงิน (กรภัทร, 2548) ผลจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีโอกาสเกิดความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระ (จรรยา, 2547) ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว และมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย จึงทำให้มีโอกาสได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ (เกสร, 2548) ความเครียดที่เกิดจากการรับบทบาทเพิ่มเป็นบทบาทผู้ดูแลซึ่งในภาวะที่ผู้ดูแลเกิดความเครียดในบทบาทจะทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและผู้ป่วยลดลง (กิ่งแก้ว, 2550) เป็นปัญหาต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ดูแลและผู้ป่วย (Archbold, Stewart, Greenlick, & Harvath, 1990)

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลเป็นความรู้สึกยากลำบากที่เกิดกับผู้ดูแล ทำให้เกิดความรู้สึกกดดันและคับข้องใจในการกระทำบทบาทของตนเอง เป็นความพยายามอย่างมากในการดำรงบทบาทนั้น หรือต้องแสดงออกให้เหมาะสมกับบทบาทที่ได้รับ (Archbold et al., 1990) ในบริบท

สังคมไทยการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลจึงปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเคารพ รัก ผูกพัน (รุจจา, 2541; Kespichayawattana, 1999) ในบริบทมุสลิมได้กำหนดไว้ว่าเมื่อบุคคลใดเกิดการเจ็บป่วยให้ถือว่าเป็นหน้าที่ของบุคคลใกล้ชิดที่ต้องช่วยเหลือดูแลและถือว่าเป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติตามหลักศาสนา (มุฮัมมัดอาลี, 2544) จากการศึกษาของก้อผจญ (Kopachon, 2002) และศรีธเรศ (Srithares, 2003) ศึกษาความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลและผู้ดูแลที่เป็นภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ผู้ดูแลนับถือศาสนาพุทธและรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจนถึง 3 สัปดาห์ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากอายุของผู้ดูแลอยู่ในช่วงวัยกลางคนซึ่งมีผลต่อการปรับตัวต่อบทบาทที่ได้รับเพิ่ม จึงทำให้ผู้ดูแลประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแลต่ำ และการศึกษาของแสงรัมย์ (Saengratsamee, 2004) ศึกษาความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ผู้ดูแลนับถือศาสนาพุทธและรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจนถึง 3 สัปดาห์เช่นกัน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้ดูแลรับบทบาทด้วยความรักและความผูกพันในตัวผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้การพบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลยังพบว่าเมื่อผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลจะส่งผลให้ลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล (Schumacher, Stewart, & Archbold, 2007)

ความพร้อมในการดูแลเป็นการเรียนรู้เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย และอารมณ์ของผู้ป่วย รวมถึงจัดการกับปัญหาและความเครียดที่เกิดจากการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล (Schumacher, Stewart, & Archbold, 2008) เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ต้องการการพึ่งพา ครอบครัวจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล พร้อมทั้งปรับแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวยอมรับว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต และเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (ยูซุฟ และสุภัทร, 2550) จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแล ได้แก่ งานวิจัยของศรีธเรศ (Srithares, 2003) ศึกษาภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลที่เป็นภรรยามีความพร้อมในการดูแลค่อนข้างต่ำ เนื่องจากผู้ดูแลมีโรคประจำตัวภาวะสุขภาพจึงเป็นปัจจัยให้ผู้ดูแลไม่มีความพร้อมในการดูแล และการศึกษาของก้อผจญ (Kopachon, 2002) พบว่าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลระดับสูง เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นบุตรของผู้ป่วย ซึ่งสังคมกำหนดไว้ว่าบุตรมีหน้าที่เลี้ยงดูบิดา มารดาเมื่อเจ็บป่วยหรือแก่ชราและให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรักความห่วงใย จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพดีและการรับบทบาทด้วยความรัก ความผูกพันเป็นปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยตามบริบทสังคมไทย เกิดจากการมีความรัก ความผูกพัน ความเชื่อในความกตัญญูทดแทน ซึ่งเป็นการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี (รุจจา, 2541) การมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีมีการพึ่งพากันเป็นลักษณะเด่นของสังคมและวัฒนธรรมตะวันออกที่มีความคิด ความเชื่อในเรื่องการอยู่ร่วมกันระหว่างญาติ การดูแลผู้ป่วยถือเป็นหน้าที่ของบุตร หลาน และญาติ (Shyu, Archbold, & Imle, 1998; Subgranon, 1999) ชาวมุสลิมมีกรอบวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณีของครอบครัว (ยูซุฟ และสุภัทร, 2550) การศึกษาในกลุ่มมุสลิมซึ่งมีการใช้ชีวิตโดยยึดมั่นในหลักความศรัทธา หลักจริยธรรม และการปฏิบัติที่มีต่อ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อน พี่ น้อง ชุมชน สังคม ซึ่งหมายถึงการมีพฤติกรรมร่วมกันของกลุ่มคน โดยมีศาสนาเข้ามา กำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคคล (สุพล, 2550)

สัมพันธภาพในครอบครัวตามแนวคิดของฟริดแมน (Friedman, 1989) มอร์โรว์ และวิลสัน (Morrow & Wilson, 1961) ให้ความหมายสัมพันธภาพในครอบครัวว่าเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของบุคคลในครอบครัว ซึ่งบุคคลในครอบครัวประกอบไปด้วยบุคคลมากกว่าหนึ่งคนขึ้นไป สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ในการรับผิดชอบและมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมต่างๆ ที่บ่งบอกถึงการมีสัมพันธภาพในครอบครัว การมีความรัก ความผูกพัน ความเอื้ออาทร การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (พวกศกา, 2538) จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ดูแลที่เป็นไทยพุทธ ไม่ครอบคลุมถึงผู้ดูแลในบริบทมุสลิมที่สรุปได้ว่าผู้ดูแลมีโอกาสเกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมากหรือน้อยเพียงใด เนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวในบริบทมุสลิมที่ยึดถือการดำเนินชีวิตบนหลักของศาสนาอย่างเคร่งครัดซึ่งเป็นเอกลักษณ์พิเศษของมุสลิม เมื่อบุคคลรับบทบาทผู้ดูแลอาจมีผลในการปรับตัวต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล (มุฮัมมัดอาลี, 2544) ร่วมกับการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจนถึง 3 สัปดาห์ ไม่เจาะจงในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน ซึ่งอาจมีผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

อย่างไรก็ตามความพร้อมในการดูแล และสัมพันธภาพในครอบครัวอาจมีผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงคาดว่าผลวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมความพร้อมในการดูแล และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวอันจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถนำข้อมูลเหล่านี้มาหาแนวทางป้องกันการเกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และร่วมค้นหาวิธีในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถเรียนรู้ความพร้อมในการดูแล และสร้างเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวได้

อย่างความเหมาะสม อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความพร้อมในการดูแล ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวและระดับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

ความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัวและความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับใด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดบทบาทของฮาดิ และฮาดิ (Hardy & Hardy, 1988) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่บุคคลเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่อผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแล โอกาสมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลลดลง เป็นแนวคิดที่พัฒนาโดยอาร์ชโบลด์ และคณะ (Archbold et al., 1990) และแนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัวของฟริคแมน (Friedman, 1989) มอร์โรว์ และวิลสัน (Morrow & Wilson, 1961)

ทฤษฎีบทบาทกล่าวถึงบทบาทเป็นหน้าที่หรือพฤติกรรมที่ถูกกำหนดขึ้น โดยสังคม ซึ่งสังคมคือกลุ่มคนที่มีมากกว่าสองคน มีการแสดงพฤติกรรมหรือมีการปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างบุคคลและระหว่างบทบาท ดังนั้นบทบาทหมายถึงรูปแบบของการปฏิบัติ หรือการแสดงพฤติกรรมของบุคคล (Hardy & Hardy, 1988) เมื่อดำรงบทบาทจำเป็นต้องมีการเรียนรู้บทบาทของตนเอง เพื่อให้สามารถดำรงบทบาทให้ถูกต้องเหมาะสม บนพื้นฐานวัฒนธรรม ความเชื่อและความคาดหวังของสังคม แนวคิดความพร้อมในการดูแลของอาร์ชโบลด์ และคณะ (Archbold et al., 1990) ความพร้อมในการดูแล ประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้ ความพร้อมในการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ แหล่งให้การช่วยเหลือคอยเอื้ออำนวยความสะดวกในการดูแล การจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล การดูแลตนเองและผู้ป่วยให้มีความ

พึงพอใจ และความพร้อมในการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลจากโรงพยาบาล จากแพทย์ พยาบาล เมื่อผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลทำให้ลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

แนวคิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของอาร์ชโบลด์ และคณะ (Archbold et al., 1990) ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) ความขัดแย้งในบทบาท เป็นภาวะที่บุคคลถูกคาดหวังในบทบาทขัดกันระหว่างบทบาทหรือระหว่างบุคคล (2) การแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง เป็นภาวะความคาดหวังของสังคมที่มีต่อบทบาทผู้ดูแล หรือการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและสังคม ทำให้เกิดความคลุมเครือในบทบาท และ(3) ความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้น การที่บุคคลดำรงบทบาทและถูกคาดหวังในหลายบทบาทมากเกินไปในเวลาที่กำหนด เมื่อผู้ดูแลรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง เป็นบทบาทที่ต้องมีความสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม

การอยู่ด้วยกันเป็นสังคมมีการปฏิสัมพันธ์ต่อกันตามแนวคิดของฟริดแมน(Friedman, 1989) ร่วมกับแนวคิดของมอร์โรว์ และวิลสัน (Morrow & Wilson, 1961) ที่กล่าวว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นพื้นฐานความเข้าใจที่ดีต่อกัน สัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ดีทำให้บุคคลมีความมั่นใจในการต่อสู้อุปสรรคต่างๆ สิ่งเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้น และส่งเสริมให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมี 5 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) มีความรักความห่วงใยซึ่งกันและกัน (2) การมีปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกในครอบครัว (3) การเคารพและให้ความสำคัญซึ่งกันและกัน (4) การปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และ(5) การพักผ่อนร่วมกันในครอบครัว การที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ดียิ่งมีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลให้มีความสามารถปรับตัวต่อบทบาทใหม่ที่ได้รับเพิ่ม

บริบทมุสลิมมีกรอบวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณีของครอบครัว (ยูซุฟ และสุภัทร, 2550) การมีพฤติกรรมร่วมกันของกลุ่มคน การปฏิบัติที่มีต่อ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ธิดา เพื่อนบ้าน เพื่อน พี่ น้อง ชุมชน และสังคม ใช้ชีวิตโดยยึดมั่นในหลักความศรัทธา หลักจริยธรรม (สุพล, 2550) เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัวต่างมีบทบาทที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน (ซีคะห์, 2545) ซึ่งความเป็นเอกลักษณ์เด่นของชาวมุสลิมคือการดำเนินชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับศาสนาอยู่ตลอดเวลา

นิยามศัพท์

ความพร้อมในการดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ความพร้อมในการดูแลด้านร่างกาย

จิตใจ แหล่งให้การช่วยเหลือคอยเอื้ออำนวยความสะดวกในการดูแลการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแล การดูแลตนเองและผู้ป่วยให้มีความพึงพอใจ และความพร้อมในการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่สำคัญในการดูแล จากโรงพยาบาล จากแพทย์ พยาบาล ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล ของ ศรีธเรศ (Sritares, 2003) คะแนนสูงหมายถึงมีความพร้อมในการดูแลสูง คะแนนต่ำหมายถึงมีความพร้อมในการดูแลต่ำ

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย ความรักความห่วงใยซึ่งกันและกัน มีปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกในครอบครัว เคารพและให้ความสำคัญซึ่งกันและกัน ปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และพักผ่อนร่วมกันในครอบครัว ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของ จันทนา (2550) คะแนนสูงหมายถึงมีสัมพันธภาพในครอบครัวสูง คะแนนต่ำหมายถึงมีสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำ

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้สึกลำบากหรือความรู้สึกเป็นปัญหาในบทบาทการเป็นผู้ดูแล ประกอบด้วย ความขัดแย้งในบทบาท การแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง และความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้น ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของ ศรีธเรศ (Sritares, 2003) คะแนนสูงหมายถึงมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลสูง คะแนนต่ำหมายถึงมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลต่ำ

ขอบเขตของการศึกษา

ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมองที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2553

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

สามารถใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง มีรูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล รวมถึงแนวทางการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ศึกษาบทวนเอกสารและวรรณคดีที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมประเด็น ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.1 ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วย
 - 1.2 บทบาทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ดูแล
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลมุสลิม
 - 2.1 แนวคิดศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย
 - 2.2 วิถีชีวิตของครอบครัวมุสลิมในการดูแลผู้ป่วย
 - 2.3 ปัจจัยด้านศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับบทบาทผู้ดูแลมุสลิม
3. แนวคิดความพร้อมในการดูแล
 - 3.1 องค์ประกอบของความพร้อมในการดูแล
 - 3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแล
 - 3.3 การประเมินความพร้อมในการดูแล
4. แนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว
 - 4.1 องค์ประกอบของสัมพันธภาพในครอบครัว
 - 4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในครอบครัว
 - 4.3 การประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว
5. แนวคิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล
 - 5.1 องค์ประกอบของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล
 - 5.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล
 - 5.3 การประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ แม้เทคโนโลยีทางการแพทย์และการพยาบาลได้พัฒนาให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นก็ตาม แต่ผลกระทบที่ตามมาต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือความพิการที่ยังคงเหลืออยู่ (Oupra, Griffiths, Pryor, & Mott, 2007) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อกลับไปอยู่บ้านย่อมต้องการความช่วยเหลือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประกอบประกอบทางด้านจิตใจ เป็นต้น (วินิตา, 2547) ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วย

ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถจำแนกตามระดับความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และการให้เวลาในการดูแลผู้ป่วย แบ่งได้ ดังนี้ (Horowitz, 1985 อ้างตาม จอม, 2546)

1. ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

2. ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึงบุคคลอื่นๆที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความพิการตลอดชีวิต จึงจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลที่ควรให้การช่วยเหลืออยู่เสมอ และเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยทั้งการทำหน้าที่ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองมีความสำคัญในการร่วมมือกัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทบาทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลเป็นกุญแจสำคัญต่อผู้ป่วยไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าบุคลากรในทีมสุขภาพ ที่มีบทบาทสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโดยมีบทบาททั้งดูแล ช่วยเหลือสนับสนุน ให้คำแนะนำ หรือคำปรึกษา และประสานงานหรือจัดการเกี่ยวกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (วิมลรัตน์, 2537)

1. บทบาทในการดูแลด้านร่างกาย ผู้ดูแลเป็นผู้ให้การดูแลเกี่ยวกับการประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย เป็นต้น การดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ การทำแผล การให้ยา เป็นต้น รวมทั้งการดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ (Naylor, Brooten, Jines, Mourey, Mezey, & Pauly, 1994) ทั้งนี้โดยมีหลักสำคัญในการดูแล คือพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด ผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พร้อมทั้งให้กำลังใจส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีค่าไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น (นันทพร , 2545)

2. บทบาทในการประคับประคองหรือสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยเรื้อรังมักมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะอารมณ์ได้ง่ายและเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคล และผลกระทบจากการเจ็บป่วย ในการดูแลประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลต้องอาศัยหลัก คือ เข้าใจ ยอมรับ รับฟัง ไม่แสดงอารมณ์โกรธหรือเบื่อก่อนหน้า เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ทั้งด้วยคำพูดและกิริยาท่าทาง สนใจดูแลให้คำแนะนำ หรือคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดลง (เจียมจิต, 2541) สืบเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ภาวะเจ็บป่วย การรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน บางครั้งทำให้การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยมักถูกละเลยหรือมีไม่เพียงพอ (จรรยา, 2547)

3. บทบาทในการช่วยเหลือสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ สังคม ปัญหาด้านเศรษฐกิจเป็นปัญหาใหญ่ที่เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับผู้อื่นและอาชีพการงาน เรื่องการเงินแนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ แหล่งข้อมูลข่าวสาร พுகุญให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ และเตรียมตัวกับสถานการณ์ล่วงหน้า (จันทร์เพ็ญ, 2548)

4. บทบาทในการประสานงานหรือจัดการ ผู้ดูแลต้องประสานงานและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ทำหน้าที่เป็นบุคคลกลางในการติดต่อเจรจา หรือติดต่อกับบุคคล เช่น บุคลากรหรือองค์กรทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมและได้

ประโยชน์สูงสุด ลดความขัดแย้งที่อาจเรื่องเกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง รวมทั้งระหว่างดำเนินการดูแลรักษาตามระบบการแพทย์สมัยใหม่ การรักษาแผนโบราณตามความเชื่อของบุคคล (ภรภัทร, 2548)

ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ดูแล

การเจ็บป่วยที่ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง (วิมลรัตน์, 2537) ตั้งโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว กล่าวคือ บุคคลในครอบครัวต้องให้การดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามอย่างมาก รวมทั้งต้องทุ่มเทแรงกายแรงใจ ตลอดจนต้องใช้เวลาเป็นเวลานานในการประกอบกิจกรรมหลายอย่างในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ตลอดจนเศรษฐกิจและสังคม ดังนี้ (จันทร์เพ็ญ, 2548)

1. ด้านร่างกาย การที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะด้านกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุและอันตรายต่างๆ โดยไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ทำให้ต้องใช้เวลาในการดูแลมาก (ขวัญตา, สาลี, ลัทธนา, และศิริวรรณ, 2546) จากการอยู่กับผู้ป่วยตลอดและเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าพักผ่อนไม่เพียงพอ สุขภาพทรุดโทรมจนเกิดความเครียดตามมาซึ่งเป็นผลกระทบด้านลบ เมื่อเกิดขึ้นความเครียดย่อมทำให้ผู้ดูแลเกิดการเสียสมดุลทางร่างกายและจิตใจ เกิดปฏิกิริยาตอบสนองหลายอย่าง ได้แก่ ทางร่างกาย ความรู้สึก พฤติกรรม และการใช้กลไกป้องกันตัวเองเพื่อให้ความเครียดลดลง สภาพร่างกายของผู้ดูแลไม่ดี ส่วนใหญ่พบว่า มีโรคประจำตัวเป็น โรคความดันโลหิตสูง (วินิตา, 2547)

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ จากความจำเป็นที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหลายๆบทบาทและระยะเวลาในการดูแลนาน ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล แบบแผนในการดำเนินชีวิตผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นต้นว่าขาดการพบปะสมาคมกับบุคคลอื่นในสังคม ความเป็นส่วนตัวและการมีเวลาว่างเป็นของตนเองลดน้อยลง เกิดความรู้สึกว่าเหวและเกิดความเครียด ได้รับความกดดันทางจิตใจ ยังมีแรงกดดันจากสมาชิกในครอบครัวในแง่ใครจะเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย เกิดความขัดแย้ง รู้สึกไม่ยุติธรรม รู้สึกว่าบุคคลอื่นในครอบครัวละเลยและโทษกันว่าดูแลอย่างไร มากน้อยเพียงใด มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและกิจวัตรประจำวัน ที่เปลี่ยนแปลงต้องปรับตัวใหม่ ขาดความมั่นใจและเข้าใจในการดูแล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สภาพอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย พฤติกรรมด้านจิตใจและอารมณ์ ปริมาณ

งานมากเกินไป ต้องดูแลทั้งครอบครัวและผู้ป่วย มีภาวะกดดัน เครียดจากปริมาณงานมาก มีภาระมากขึ้นกว่าเดิมและกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย (นันทพร, 2545)

3. ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และใช้เวลาในการดูแลรักษานาน นอกจากการรักษาแล้ว บางครั้งยังมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร ทำให้เป็นภาระที่หนักและยุ่งยากทางเศรษฐกิจของครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางหรือต่ำ นอกจากนี้บางรายอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายในการจ้างดูแลเมื่อมีฐานะจำเป็นและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจการสูญเสียรายได้ เนื่องจากผู้ดูแลไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ (จันทร์เพ็ญ, 2548)

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลมุสลิม

แนวคิดศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

อิสลามวางรากฐานความสมดุลในชีวิต ยอมรับในเสรีภาพของมนุษย์ และส่งเสริมความเสมอภาคของชายและหญิง คำสอนของอิสลามครอบคลุมวิถีชีวิตซึ่งเรียกว่าเป็นบูรณาการภายในชีวิต มนุษย์ต้องทำชีวิตในโลกนี้ให้ดีที่สุด เพื่อเป็นการเพาะปลูกชีวิตที่ดีในโลกหน้า โดยมีบุคลิกภาพของท่านศาสดาคืออละเป็นต้นแบบอันเป็นเอกลักษณ์ที่สมดุล (มุฮัมมัดอาลี, 2544) วิถีชีวิตมุสลิมตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวทางตามหลักศาสนาที่แสดงถึงการศรัทธาที่มั่นคงและแน่นอนเห็น และมีการปฏิบัติเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในชีวิตประจำวันต้องปฏิบัติตามหลักที่ถูกต้องดีงาม และการถือหลักศรัทธาอย่างเคร่งครัดเพราะมุสลิมต้องรับผิดชอบเพื่อแสวงหาสิ่งที่ดี ละเว้นความชั่วทั้งปวงตามแนวทางของอัลลอฮ์ เพื่อแสวงหาความโปรดปราน และการตอบแทนความดีจากพระองค์

อิสลามจึงสอนให้มองการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตามปกติเป็นสิ่งที่พระเจ้ากำหนดมา ผู้ป่วยต้องอดทนและบำบัดรักษาในยามเจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากอิสลามมีความเชื่อว่าร่างกายเป็นสิ่งที่พระเจ้ามอบหมายให้เราเป็นผู้ดูแล ห้ามทำร้ายร่างกายหรือปล่อยให้ปล่อยละเลยให้บำบัดรักษาด้วยวิธีการที่อนุมัติ ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ มุสลิมจึงต้องยอมรับและปฏิบัติตามสิ่งที่บัญญัติไว้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ดังนี้ (ดารรงค์, 2548)

1. ให้รับบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วย การบำบัดรักษาเป็นหน้าที่และความจำเป็นของมนุษย์ที่เจ็บป่วย โดยวิธีการรักษานั้นต้องไม่ขัดกับหลักศาสนา เช่น การบนบานสิ่งอื่นนอกจากอัลลอฮ์ การใช้ไสยศาสตร์ การใช้สุราหรือยาของเหลว การใช้สิ่งต้องห้ามมาเป็นยาในการบำบัด เป็นต้น ส่วนการหายนั้นอยู่ที่พระประสงค์ของอัลลอฮ์เท่านั้น มุสลิมจึงต้องวิงวอนและศรัทธาต่อพระเจ้า มีความอดทนมีความเชื่อมั่นมีจิตใจที่เข้มแข็ง หากการบำบัดนั้นไม่ได้ผลเพราะทุกอย่างเกิดจากความ

ประสงค์ของอัลลอฮ์ ซึ่งอาจจะให้อะไรมากกว่าการหายจากโรคหรือการเจ็บป่วยอาจทำให้เกิดผลเสียด้านอื่นแก่บ่าวของพระองค์ การปลุกฝังเรื่องนี้แก่ผู้ป่วยมุสลิมและญาติจะทำให้ผู้ป่วยมีจิตวิญญาณที่มั่นคง มีกำลังใจในการต่อสู้กับโรค นำไปสู่สภาวะที่แท้จริงต่อไป

2. การเจ็บป่วยเป็นการทดสอบ ผู้ป่วยที่เข้าใจและศรัทธาจะมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยโดยจะวิงวอนขอพรจากพระเจ้าให้หายจากโรค หากไม่เข้าใจในเรื่องนี้จิตวิญญาณของเขาจะอ่อนแอ ท้อแท้ ไม่มีพลังในการต่อสู้เกิดความเครียดต่อโรคที่มีอยู่หรือมีโรคใหม่แทรกซ้อนขึ้นมาได้

3. การเจ็บป่วยเป็นการลงโทษจากอัลลอฮ์ ผู้ที่ฝ่าฝืนบทบัญญัติของพระเจ้าเป็นเจ้า การเจ็บป่วยถือเป็นการลงโทษและให้สำนึกตัวและกลับเป็นผู้ที่มีความศรัทธามากขึ้น ซึ่งการลงโทษอาจไม่เกิดเฉพาะผู้ที่ฝ่าฝืนเท่านั้น อาจทำให้ผู้ศรัทธาทั่วไปต้องได้รับผลกระทบตามมาด้วย ซึ่งเป็นการทดสอบความศรัทธาของมุสลิมทุกคน

4. การเจ็บป่วยถือเป็นความเมตตา ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่อยู่ใกล้เคียงความตาย ดังนั้นเป็นโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รำลึกถึงพระเจ้าให้หันกลับมามองตัวเองในสิ่งที่กระทำผ่านมา ในส่วนของการใช้ชีวิตหรือการหยุดช่วยชีวิต อิสลามถือว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ก็ไม่นอนุญาตให้ฆ่าตัวตายหรือการช่วยให้ตาย ผู้ป่วยหรือญาติอาจขอร้องไม่ให้กู้ชีวิตหรือให้หยุดการกู้ชีวิตในกรณี que เห็นว่ามีความทุกข์ทรมานหรือเห็นว่าการช่วยชีวิตนั้นไม่ได้ผล

การดูแลผู้ป่วยของมุสลิมถือว่ามีความเป็นองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เนื่องจากชาวมุสลิมให้ความเชื่อถือ ความศรัทธา และฝากความหวังไว้กับอัลลอฮ์เพียงผู้เดียว ซึ่งเป็นขวัญกำลังใจแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วย (ซีดะห์, 2545) หน้าที่ของมุสลิมที่พึงมีต่อกันคือการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่คนดูแล พึงกระทำการเตาบะฮ์ (การขออภัยโทษต่ออัลลอฮ์) (คำรงค์, 2548) การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยใช้เวลาในการรำลึกถึงอัลลอฮ์ สิ่งจำเป็นสำหรับผู้ดูแลที่ด้องแนะนำให้ผู้ป่วยกระทำอยู่เสมอ ได้แก่ ให้ผู้ป่วยพึงพอใจ ออกทน คิดแต่สิ่งดีๆ ในการกำหนดของอัลลอฮ์ ไม่ควรขอรุอาไรให้ตายเพื่อจะได้พ้นจากความทรมานจากอาการเจ็บป่วย และกล่าวขอร้องในความคิดที่ผ่านมา สำหรับญาติพี่น้อง หรือผู้ดูแลควรปฏิบัติ กล่าวบทขอพรให้ผู้ป่วย เช่น “ขออัลลอฮ์ ให้เราพ้นจากความทรมานและความเจ็บป่วย” พูดเฉพาะสิ่งดีๆต่อหน้าผู้ป่วยให้เกิดความสบายใจ (คลมรรรจน์ และแวอูเซ็ง, 2535) และเมื่อเจ็บป่วยในศาสนาอิสลามต้องมีผู้ดูแล ไม่แสดงท่าทีรังเกียจและทอดทิ้งผู้ป่วย ถ้าไม่ดูแลถือว่าเป็นการกระทำที่สังคมนรังเกียจ (มุฮัมมัดอาลี, 2544)

วิถีชีวิตของครอบครัวมุสลิมในการดูแลผู้ป่วย

ครอบครัวมุสลิมให้ความสำคัญแก่ฝ่ายชายในการมีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ในครอบครัว (วิลิตซ์, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของนิการีห๊ะ อรัญญา และอุไร (2551) หลักศาสนาอิสลามกำหนดว่าครอบครัวมุสลิมเป็นครอบครัวที่ผู้ชายปกครอง หรือเป็นศูนย์กลาง ธรรมเนียมที่เป็นสามีภรรยา สามีต้องรับผิดชอบในการกระทำของภรรยา รวมทั้งมีบทบาทและอำนาจในการตัดสินใจ อิสลามกำหนดว่าสามีเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งต้องเลี้ยงดูภรรยาและลูกๆ ด้วยความรัก ความมั่นคง ความปลอดภัย ตลอดจนมีชีวิตที่ดีใน โลกนี้และโลกหน้า สามีต้องให้ความคุ้มครองภรรยา ภรรยาต้องเชื่อฟังสามี การกระทำใดๆ ต้องได้รับความยินยอมจากสามีเสมอ (สำนักงานจังหวัดยะลา สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดยะลา และศูนย์ศิลปวัฒนธรรมสถาบันราชภัฏยะลา, 2538) เมื่อบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วย ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต้องกระทำดีต่อกันด้วยความรัก ความเมตตา ความห่วงใย กำลังใจ และความเป็นพี่น้องกัน (ธิดา, 2552) อิสลามได้กำหนดหลักการพื้นฐาน หรือ โครงสร้างหลักของศาสนา คือหลักศรัทธา หรือศาสนาบัญญัติ และหลักปฏิบัติในการดำเนินชีวิต

ครอบครัวมุสลิมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพการเกษตรและการประมง อาศัยเขตพื้นที่ชนบทมากกว่าในเมือง มีโครงสร้างครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย การจัดระเบียบภายในครอบครัวมุสลิมแบ่งการรับบทบาทหน้าที่ในครอบครัวออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้ สามีเป็นผู้มีอำนาจในการปกครองดูแลรับผิดชอบสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้นำในการทำงาน และกิจกรรมอื่นๆ (patriarchal family) ภรรยาเป็นผู้นำในครอบครัว สามีไม่มีสิทธิมีเสียงใดๆ ในบ้าน (matriarchal family) และคู่สามีภรรยามีสิทธิเท่าเทียมกัน ทั้งคู่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่างๆ ร่วมกัน (egalitarian family) (สำมะโนประชากรจังหวัดยะลา, 2550) ซึ่งในอิรอน, กิติมา, และจรัญ (2550) กล่าวถึงลักษณะครอบครัวมุสลิมส่วนใหญ่ผู้ชายมีฐานะเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้บริหารทั่วไปของครอบครัว หาเลี้ยงและดูแลความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคม รวมทั้งดูแลระเบียบวินัยภายในบ้าน ส่วนผู้หญิงเป็นศูนย์กลางในการจัดระเบียบครอบครัวเป็นศูนย์กลางของญาติ จำแนกสิทธิ และรับผิดชอบร่วมกับสามีในการสร้างสัมพันธ์ที่ได้สัดส่วนระหว่างสมาชิกทุกคน

วิถีชีวิตมุสลิมตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวทางตามหลักศาสนาที่แสดงถึงการศรัทธาที่มั่นคง แน่นแฟ้น และมีหลักปฏิบัติเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม (สุพล, 2550) ในชีวิตประจำวันต้องปฏิบัติตามหลักที่ถูกต้องดีงาม และการถือหลักศรัทธาอย่างเคร่งครัด เพราะมุสลิมต้องรับผิดชอบต่อแสวงหาสิ่งที่ดี ละเว้นความชั่วทั้งปวงตามแนวทางของอัลลอฮ์ เพื่อแสวงหาความโปรดปราน และการตอบแทนที่ดีจากพระองค์ ในทางหลักการชาวมุสลิมทุกคนทั้งชายหญิงอยู่ในฐานะผู้ครองเรือน และผู้

ครองธรรมคือปฏิบัติตามกรอบของศาสนา ศาสนาอิสลามกำหนดวิถีชีวิตของมุสลิมทั้งในเรื่องการกิน การอยู่ การแต่งกาย และการประพฤติกปฏิบัติต่างๆ มุสลิมศรัทธาว่าศาสนาคือแนวทางการดำเนินชีวิต ทุกอิริยาบถในการกระทำ ฟัง พูด อ่าน เขียน และคิด ใช้หลักศาสนาเป็นตัวกำหนดและชี้วัด วิธีปฏิบัติต่อความเครียด โดยการบอกตัวเองเสมอว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นการทดสอบจากพระเจ้า เป็นเจ้า การปฏิบัติตามแนวทางศาสนา เช่น การละหมาด การทำสมาธิ การสวดมนต์ หรือการอ่านหนังสือเกี่ยวกับศาสนาจะช่วยให้จิตใจสงบ มีสติ และมีสมาธิ ช่วยลดความเครียดวิตกกังวลและฟุ้งซ่าน (สุจิตรา, ประณีต, และวิภาวี, 2550)

บทบาทหน้าที่ครอบครัวมุสลิม

การที่ครอบครัวจะมีความสุข มีความเจริญรุ่งเรือง มีพัฒนาการของครอบครัวอย่างปกติสุข สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวต้องมีการทำตามบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (ซีคะห์, 2545; Friedman, 1988)

1. หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทางชีวภาพ โดยการจัดหาสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต เช่น ที่อยู่อาศัย อาหาร เสื้อผ้า เป็นต้น รวมทั้งการดูแลสุขภาพและการรับบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น ผู้ดูแลจำเป็นต้องเป็นบุคคลที่มีการเตรียมสถานที่ ข้าวของเครื่องใช้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

2. หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ โดยการที่ผู้ดูแลให้ความรักความเอาใจใส่แก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งทำให้สมาชิกมีบุคลิกภาพที่มั่นคง เนื่องจากได้รับความรักความอบอุ่น สนองต่อความต้องการทางจิตใจและอารมณ์อย่างเหมาะสม

3. หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูสมาชิกให้มีคุณภาพต่อสังคม เป็นพลเมืองที่ดีของชาติ ในอนาคต ครอบครัวต้องมีการอบรมสั่งสอน ให้คำแนะนำ ดูแลความประพฤติของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งให้โอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และฝึกทักษะเพื่อให้สามารถนำความรู้และทักษะไปใช้ต่อไปในการดำรงชีวิตในสังคม เป็นบทบาทหน้าที่ที่ผู้ดูแลพึงปฏิบัติควรแก่การสนับสนุนบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัว

4. หน้าที่ในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม โดยการเตรียมสมาชิกที่มีวัยอันสมควรสามารถเข้าสังคมได้ พร้อมทั้งสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีเกียรติเป็นที่ยอมรับในสังคม ผู้นำครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการประกอบอาชีพสุจริต และรู้จักออมเงิน เพื่อครอบครัวมีฐานะมั่นคง มีเงินสำรองใช้สอยเมื่อคราวจำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังแสดงถึงความจำเป็นที่ต้องมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้ดูแลมีหน้าที่ในการจัดสรรจำนวนเงินให้มีความเหมาะสมและเพียงพอ

5. หน้าที่ในการสืบเชื้อสาย โดยการแต่งงานมีบุตร หรือการรับบุตรบุญธรรม ซึ่งสมาชิกใหม่เป็นกำลังของสังคม เป็นแรงงานทดแทนของสมาชิกที่เสียชีวิต ผู้ดูแลเป็นสมาชิกคนหนึ่ง ในครอบครัวการดำรงหน้าที่ผู้ดูแลตามบทบาทที่สังคมยอมรับแล้วยังต้องดำรงบทบาทของความ เป็นมนุษย์ที่มีหน้าที่สืบทอดเผ่าพันธุ์

เห็นได้ว่าครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การมีที่ อยู่อาศัยที่แน่นอนเพียงพอกับบุคคลในครอบครัว ครอบครัวมีความรักความอบอุ่นให้แก่กัน มี หน้าที่อบรมสั่งสอนให้บุตรหลาน ได้เรียนรู้ในการอยู่กับสังคม ให้โอกาสในการเล่าเรียนศึกษา นอกเหนือจากที่บ้าน การมีเงินคอยช่วยเหลือสนับสนุน รวมถึงการดำรงไว้ซึ่งเผ่าพันธุ์

ปัจจัยด้านศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับบทบาทผู้ดูแลมุสลิม

เมื่อเจ็บป่วยในศาสนาอิสลามต้องมีผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลไม่แสดงท่าทีรังเกียจและทอดทิ้งผู้ป่วย ถ้าไม่ดูแลถือว่าเป็นการกระทำที่สังคมรังเกียจ ซึ่งหลักศาสนาอิสลามเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับ บทบาทผู้ดูแล ได้แก่ หลักศาสนาอิสลาม 3 ประการ คือ หลักศรัทธา หลักปฏิบัติ และหลักจริยธรรม เป็นปัจจัยด้านศาสนาที่มีความเกี่ยวข้องกับการรับบทบาทผู้ดูแลมุสลิม

1. หลักศรัทธา (รูกนอหิหม่าน) ประกอบด้วย 6 ประการ (คำรอง, 2548)

1.1 ศรัทธาต่ออัลลอฮ์ มุสลิมต้องยอมรับและศรัทธาอย่างแท้จริงต่ออัลลอฮ์ ซึ่งเป็น พระผู้เป็นเจ้าเพียงองค์เดียวไม่มีสิ่งอื่นใดเป็นภาคี ไม่ขอความช่วยเหลือจากสิ่งอื่น เช่น สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทั้งหลาย และถึงแม้มุสลิมจะขอความช่วยเหลือในสิ่งต่างๆจากมนุษย์ด้วยกัน แต่ผู้ที่ให้สำเร็จหรือไม่ สำเร็จอยู่ที่อัลลอฮ์เท่านั้น มุสลิมต้องยอมรับในคุณลักษณะของพระองค์ เช่น ทรงรู้ ทรงเห็น ทรงได้ยินทุกสรรพสิ่งทั้งที่ลับและที่แจ้ง ตลอดจนในจิตใจของมนุษย์ ดังนั้นผู้ดูแลมุสลิมเป็นผู้ที่ศรัทธา อัลลอฮ์องค์เดียวต้องยอมรับ ศรัทธาและไม่หือแท้หรือสิ้นหวังแม้จะรับบทบาทหลายบทบาท

1.2 ศรัทธาต่อบรรดามลาอิกะห์ เป็นบ่าวประเภทหนึ่งที่มีคุณลักษณะเฉพาะ เช่น ไม่กิน ไม่ดื่ม ไม่มีเพศสัมพันธ์ ไม่ขัดขืนคำสั่งของอัลลอฮ์ มนุษย์เราไม่อาจเห็นรูปร่างหรือตัวตนที่ แท้จริงของมลาอิกะห์ ซึ่งถูกสร้างเพื่อทำหน้าที่โดยเฉพาะที่ต่างกัน เช่น บางท่านทำหน้าที่นำ โองการจากอัลลอฮ์มาถ่ายทอดให้แก่ศาสดา บางท่านทำหน้าที่บันทึกความคิดความชั่วของมนุษย์ เป็นต้น ผู้ดูแลมุสลิมต้องศรัทธาต่อบรรดามลาอิกะห์ซึ่งจะทำให้เขาทำความดีละเว้นความชั่ว

1.3 ศรัทธาในบรรดาคัมภีร์ของพระองค์ มุสลิมจะมีความเชื่อและยอมรับในคัมภีร์ ต่างๆที่พระเจ้าประทานมาให้กับศาสดาใช้สั่งสอนมนุษย์ในแต่ละยุคสมัย คือ คัมภีร์เตารอต ประทานให้แก่ศาสดามูซอ (โมเสส) คัมภีร์อินญีล ประทานให้แก่ศาสดาอีซา (เยซู) คัมภีร์ชาบูร ประทานให้แก่ศาสดาดาวูด (เดวิด) และคัมภีร์อัล-กุรอาน ประทานให้แก่ศาสดามุฮัมมัด (ขอความ

สันติจึงมีแต่ท่าน ซึ่งเป็นกัมภีร์ที่ถือว่าสมบูรณ์ที่สุด ผู้ดูแลจำเป็นต้องยึดถือเอาคัมภีร์ของพระองค์มาเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตในการกระทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย

1.4 ศรัทธาในศาสนาของพระองค์ มุสลิมต้องศรัทธาว่าพระเจ้าทรงเลือกบุคคลในหมู่มนุษชาติให้เป็นผู้สื่อสารนำบทบัญญัติของพระองค์มาสั่งสอนแก่มนุษย์ทุกยุคทุกสมัย ผู้ดูแลมุสลิมต้องมีความเชื่อมั่นในศาสนาของพระองค์ เพราะพระองค์ได้กำหนดไว้แล้ว

1.5 ศรัทธาต่อวันสุดท้ายและวันเกิดใหม่ในวันพิพากษา มุสลิมเชื่อว่าโลกนี้เป็นโลกแห่งการทดลอง ทุกสิ่งทุกอย่างดับสิ้นนอกจากอัลลอฮ์เท่านั้น ผู้ดูแลมุสลิมใกล้ชิดกับผู้ป่วยย่อมมองเห็น ได้ถึงหนทางแห่งความเจ็บป่วย การกระทำกรรมดีในวันนี้มีผลในภพหน้า

1.6 ศรัทธาต่อกฎกำหนดสถานะของพระองค์ คือ ศรัทธาว่าสรรพสิ่งทั้งหลายในสากลจักรวาลนี้เกิดขึ้นและดำเนินไปตามกฎเกณฑ์ของอัลลอฮ์ทั้งสิ้น ผู้ดูแลมุสลิมเชื่อว่าบทบาทผู้ดูแลถูกกำหนดขึ้นและที่กระทำโดยอัลลอฮ์เพียงองค์เดียวเป็นผู้กำหนด

2. หลักปฏิบัติ (รูกอนอิสลาม) ประกอบด้วย 5 ประการ (คำรอง, 2548)

2.1 การปฏิญาณตนว่า “ไม่มีพระเจ้าอื่นใดที่เคารพภักดีนอกจากอัลลอฮ์ และศาสดามุฮัมมัดซึ่งเป็นศาสนทูตของพระองค์” ผู้ดูแลต้องยึดมั่นให้ความเคารพภักดีเพียงอัลลอฮ์ และศาสดามุฮัมมัดซึ่งเป็นศาสนทูตของพระองค์

2.2 การละหมาด อิสลามได้มีการกำหนดให้มีการละหมาด 5 เวลา เป็นการเคารพภักดีต่ออัลลอฮ์โดยมีอิริยาต่างๆและมีจิตใจที่ระลึกถึงพระองค์ตลอดเวลา ผู้ดูแลมุสลิมต้องปฏิบัติตามการละหมาดตามพระองค์กำหนด โดยใช้เวลาให้เหมาะสมเพื่อแสดงถึงการให้ความเคารพภักดีต่อพระองค์

2.3 การถือศีลอด คือการละเว้น การกิน การดื่ม การมีเพศสัมพันธ์ การพูดจาไร้สาระเหลวไหลหรือมีจิตอกุศล เป็นการอดทั้งร่างกายและจิตใจ การขัดเกลาจิตใจและกิเลสของตนฝึกฝนให้มีความอดทนต่อสิ่งชั่วววน การปฏิบัติถือศีลอดเป็นการฝึกผู้ดูแลให้มีความอดทนแข็งแกร่งต่อปัญหาอุปสรรคทั้งปวง

2.4 การจ่ายชะกาต เมื่อบุคคลใดมีทรัพย์สินเหลือหลังหักค่าใช้จ่ายต่างๆในรอบปี เขาต้องจ่ายชะกาตให้แก่ผู้มีสิทธิ์ 8 ประเภท เช่นคนยากจน คนขัดสน คนที่รับอิสลามใหม่ คนที่มีหนี้สินสิ้นพันตัว เป็นต้น เป็นการชำระล้างจิตใจไม่ให้ตระหนี่ ให้อริชฌ์แบ่งปันช่วยเหลือผู้ที่ด้อยกว่า ผู้ดูแลมุสลิมพึงปฏิบัติต่อบุคคลอื่นที่มีความขัดสนในเรื่องทรัพย์สิน

2.5 การทำฮัจญ์ มุสลิมที่บรรลุนิติภาวะ ทั้งชายและหญิงต้องไปทำฮัจญ์ครั้งหนึ่งในชีวิตเมื่อมีความพร้อมทั้งด้านการเงิน สุขภาพ การเดินทาง เป็นต้น ซึ่งเป็นการทำลายชนชั้น

วรรณะ เป็นข้อปฏิบัติอย่างหนึ่งที่ผู้ดูแลสลิมต้องปฏิบัติเมื่อมีความพร้อมทางสุขภาพกายใจ
ทรัพย์สิน

3. หลักจริยธรรม (อิหซาน) ประกอบด้วย 8 ด้าน (อิมรอน, กิติมา, และจรรณู, 2550)

3.1 การสร้างคุณค่า เป็นการนำคุณลักษณะของอัลลอฮ์มาไว้ในตัวมนุษย์ ได้แก่
ชีวิตความเป็นนิรันดร์ เอกภาพ พลังอำนาจ ความจริง ความงาม ความยุติธรรม ความรัก และความดี
ผู้ดูแลต้องยึดถือคุณลักษณะของอัลลอฮ์มาเป็นอย่างดีของการรู้สึกถึงความมีคุณค่า

3.2 การทำลายคุณค่า เป็นการไม่เคารพในชีวิตของตนและคนอื่นนำไปสู่การ
ทำลายการนับถือตนเอง หลักจริยธรรมห้ามการกล่าวร้ายผู้อื่นที่บริสุทธิ์ไม่ให้เขาเหยียดผู้อื่นหรือทำ
ความเสื่อมเสียแก่ชื่อเสียงของเขา พึงระลึกไว้ว่าการทำลายความมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งไม่ถูกต้อง

3.3 การขาดความเป็นอันหนึ่งอันเดียว เป็นการทำลายความมีคุณค่าของความ
สามัคคีโดยการปฏิเสธความเป็นหนึ่งเดียวของความจริงสูงสุด และการยกภาคีเท่าเทียมอัลลอฮ์
ผู้ดูแลต้องมีความสามัคคีต่อครอบครัว ชุมชน และที่อาศัยอยู่

3.4 ความท้อแท้ คือการทำลายคุณค่าชนิดหนึ่งเป็นการแสดงความอ่อนแอ ความ
ท้อถอยหมดกำลังใจ หมดความอดทนต่อความยากลำบาก และความก้าวร้าว ทำทาสสิ่งที่ไม่ถูกต้อง
แสดงความดูแคล่และหึงพระนางต่ออัลลอฮ์ การกระทำบทบาทใดๆไม่ควรแสดงความท้อแท้สิ้น
หวัง เพราะเมื่อใครรู้สึกท้อแท้เป็นการแสดงความอ่อนแอให้ผู้อื่นเห็น

3.5 ความไม่ซื่อสัตย์ คือการทำลายคุณค่า คนหน้าไหว้หลังหลอก คนที่พูดในสิ่งที่
ไม่ได้อยู่ในหัวใจ ไม่จริงใจต่อใคร คนโกหก แข่งขันกับผู้อื่นในความบาปและเคื่องแค้น และมี
ความลับในหมู่พวกเขาด้วยการมีเจตนาร้าย การแสดงความซื่อสัตย์ต่อบทบาทต่อบุคคลเป็นการเชื่อ
ฟังคำสอนของพระองค์

3.6 การ โอ้อวด (รียา) อัลลอฮ์ไม่ทรงโปรดผู้ที่ให้เงินเพื่อให้คนอื่นแลเห็น เพราะ
คนเช่นนั้นไม่ศรัทธาต่ออัลลอฮ์ การแสดงความโอ้อวดมั่งมีเป็นการแสดงความเห็นแก่ตัวควรแก่
การละเว้นจากการคิดและกระทำ

3.7 ความชั่วร้าย คือการกระทำผิดเป็นสิ่งน่าอาย เช่น ความไม่กตัญญู ความไม่
อดทน ความท้อถอย และความไม่ศรัทธาในเวลาตกยาก ความหึงพระนางในเวลาร้าย การชอบ
ทะเลาะวิวาท ความละโมภ ความขี้เหนียว แนวโน้มเหล่านี้มักนำไปสู่การกระทำผิดในรูปแบบต่างๆ
ผู้ดูแลควรละเว้นการกระทำใดๆที่เป็นสิ่งไม่ถูกต้องไม่ควร

3.8 ความสำนึกผิด ถึงแม้มนุษย์มีลักษณะตามอัลลอฮ์ แต่เนื่องจากมนุษย์มีความ
อ่อนแอเขาจึงมักนำดวงวิญญาณไปในทางที่ผิด แต่ถ้าใครสำนึกผิดอัลลอฮ์ทรงรับความสำนึกผิด
และยกโทษในบาปนั้น

ปัจจัยด้านศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับบทบาทผู้ดูแลมุสลิมประกอบด้วยหลักศรัทธาทั้ง 6 ประการเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้จิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมมีความเข้มแข็ง มีความสงบ และอดทนต่อการเผชิญปัญหาหรืออุปสรรคทั้งปวง ปราศจากความ โศกเศร้าเสียใจจากการถูกทดสอบจากพระองค์ และยังเป็นเกราะป้องกันมิให้บุคคลกระทำความชั่วหลักปฏิบัติทั้ง 5 ประการช่วยเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตบนความเหมาะสม ควรแก่การปฏิบัติและไม่ขัดต่อการแสดงบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยหลักจริยธรรมทั้ง 8 ประการเป็นการขัดเกลาจิตใจ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลให้พึงประพฤติตนอยู่ในหลักจริยธรรมตามหลักศาสนาอิสลาม การมีความรัก ความยุติธรรม ไม่กล่าวร้ายผู้อื่น ความสามัคคี การแสดงความซื่อสัตย์ การไม่แสดงความ โอ้อวด มีความอดทน การรู้สำนึกผิดชอบชั่วดี ซึ่งผู้ดูแลพึงปฏิบัติตามหลักศาสนา

แนวคิดความพร้อมในการดูแล

ความพร้อมในการดูแล เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Schumacher, Stewart, & Archbold, 2008) การที่ผู้ดูแลประเมินว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแล โดยความตั้งใจ ความพอใจ ความถนัด หรือเต็มใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบของความพร้อมในการดูแล

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งความพร้อมในการดูแล ออกเป็น 8 ด้านตามแนวคิดความพร้อมในการดูแล ดังนี้ (Schumacher, Stewart, & Archbold, 2008)

1. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพิการหรือมีความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ (Westergren, Ohlsson, & Hallberg, 2001) ไม่สามารถใช้ความสามารถของตนเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและดูแลจากผู้ดูแล (Han & Haley, 1999) การดูแลกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเริ่มตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าจนถึงเข้านอน โดยที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมดต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแล (Jacobson, Lindholm, Waldau, & Engstrom, 2002) ในการดูแลนั้นมีหลักสำคัญคือ ผู้ดูแล

ต้องพยายามกระตุ้นผู้ป่วยให้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และคอยช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยด้วยตนเองให้มากขึ้น (มนูญ, 2549) การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป หากผู้ดูแลไม่สนใจผลของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแล้วอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตผู้ป่วยได้ (Bates, et al., 2005) ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องหาวิธีป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งป้องกันอุบัติเหตุต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การป้องกันอุบัติเหตุ เนื่องจากการทรงตัวของผู้ป่วยไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนแรง การมองเห็นและการกระชาระทางผิดปกติจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ดังนั้นผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ เก็บสิ่งของที่อันตราย เช่น ขงมีคมให้พ้นมือ รวมทั้งมีการจัดท่าราวให้ผู้ป่วยเกาะเป็นระยะๆภายในบ้านเพื่อป้องกันการหกล้ม

2. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาทางอารมณ์ได้ง่ายเมื่อมีสิ่งเร้ามากกระตุ้นมากเกินไป หรือไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดอาการหงุดหงิด ะอะโวยวาย ทำลายข้าวของ มีอารมณ์ดีใจเครียด (Barbara, 2004) นอกจากการดูแลทางร่างกายของผู้ป่วย ด้านอารมณ์จำเป็นในการรับการดูแลไปพร้อมๆกัน เช่น การป้องกันอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ผู้ดูแลควบคุมสิ่งแวดล้อมโดยการลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ควรค้นหาสาเหตุที่ทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง รวมทั้งหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจให้ผู้ป่วยเพื่อให้จิตใจสงบ

3. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและการจัดหาบริการ การดูแลให้กับผู้ป่วย ผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลช่วยเหลือ โดยต้องศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ครอบคลุมทุกด้าน เช่น ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแล การกระตุ้นให้ช่วยเหลือตัวเอง การปรับพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลในการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับการทำกายภาพบำบัด เป็นต้น (กิ่งแก้ว, 2550) ซึ่งผู้ดูแลสามารถแสวงหาข้อมูลได้หลายวิธี ทั้งการรอรับคำแนะนำจากผู้อื่น การพูดคุยกับผู้มีประสบการณ์ในการดูแล ข้อมูลการดูแลจากแหล่งข้อมูลต่างๆจากการเข้าร่วมกลุ่ม โดยมีช่องทางข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ เช่น จากบุคลากรทางการแพทย์ ญาติ เพื่อน หนังสือ ซึ่งข่าวสารที่ได้รับสามารถนำมาปรับใช้ในการดูแล การตัดสินใจในการเลือกแหล่งบริการสุขภาพที่เหมาะสม และสะดวกต่อการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องต่อไป

4. ความพร้อมในด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล จากปัญหาและอุปสรรคในด้านความพิการทางสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและ

อารมณ์ของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง เกิดความเครียดจากการดูแลและวิตกกังวลในการดูแล นอกจากนี้ยังส่งผลที่ไม่ดีต่อการดูแล รู้สึกเป็นภาระและยากลำบากในการดูแล เกิดการท้อแท้ เบื่อหน่ายและเกิดความเครียดกดดันสะสมในทุกๆด้าน (เกสร, 2548) ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีแนวทางในการผ่อนคลายความตึงเครียดและใช้วิธีการที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย การนั่งสมาธิ การพูดคุยกับคนอื่น การฟังเพลง การมีอารมณ์ขัน เป็นต้น เพื่อลดความเครียดที่อาจจะเกิดขึ้นจากการดูแล มีความรู้สึกที่ดีในระหว่างการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการส่งเสริมให้มีการช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุด การป้องกันความเครียดที่เกิดกับผู้ป่วย ซึ่งมีสาเหตุมาจากด้านร่างกาย ได้แก่ความเจ็บป่วย จากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น แสง เสียง อุณหภูมิ และด้านจิตใจ เช่น การที่ต้องเผชิญหน้ากับบุคคลที่ตนไม่ชอบ ความคับข้องใจต่างๆ ดังนั้นผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการของผู้ป่วยและกำจัดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดนั้น นอกจากการดูแล ประคับประคองด้านจิตใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังต้องให้การดูแลเพื่อประคับประคองด้านจิตใจเกี่ยวกับความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย เนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะรบกวนความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยของผู้ป่วย

5. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ จากการศึกษาที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกผิดหวัง ซึมเศร้า เครียด กังวลและท้อแท้จากการดูแล ผู้ดูแลบางรายมีความรู้สึกท้อแท้เนื่องจากในการดูแล ไม่มีที่สิ้นสุด การดูแลจึงต้องมีทัศนคติที่ดี มีความรัก ความผูกพันกับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ความรู้สึกที่ดีจะส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลมีความภูมิใจที่ได้รับจากการดูแลและไม่รู้สึกเป็นภาระในการช่วยเหลือผู้ป่วย (จันทร์เพ็ญ, 2548) ในขณะเดียวกันทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเข้าใจในสภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โอกาสผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ดูแลและพึงพอใจในความเพียรพยายามของตนเอง

6. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดปัญหาเรื่องทางเดินหายใจอุดตัน ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการปรับตัวและแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ อาละวาด เป็นต้น ในสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ดูแลต้องทำความเข้าใจลักษณะอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ค้นหาสาเหตุเบื้องต้นความสนใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากพฤติกรรมเหล่านั้น โดยหาสิ่งเร้าใหม่ที่ผู้ป่วยสนใจมากกว่า สอนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปรับตัวกับสถานการณ์ที่ทำให้หงุดหงิด และให้แรงเสริมในพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ได้นาน เช่น การใช้กำลังแขนขาข้างที่มีกำลังช่วยยกข้างที่อ่อนแรงได้เอง และต้องพยายามทำให้ตัวเองสงบและมั่นคง ผู้ป่วยจะรู้สึกสงบและมั่นคงตามมา หากผู้ดูแลเข้าใจและแก้ไขการดูแลต่อเหตุการณ์ฉุกเฉินได้

ตลอดจนเผชิญกับปัญหาในภาวะฉุกเฉิน มีแนวโน้มปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (Schumacher, Stewart, & Archbold, 2008)

7. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการขอความช่วยเหลือ และแหล่งข้อมูลที่เป็นจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตหลายอย่างจากการดูแลผู้ป่วย ทั้งความรู้สึกผิดหวัง คับข้องใจ เครียด วิตกกังวล ท้อแท้และสิ้นหวัง (วินิตา, 2547) ต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กับตัวเอง กับครอบครัว ซึ่งสาเหตุเสริมที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแล คือการขาดการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมที่เพียงพอ เช่น การได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคม จิตใจ รวมถึงข้อมูลข่าวสารด้านต่างๆอย่างเพียงพอ จากการศึกษาของประภาศรี, ภัทรภรณ์, และสมบัติ (2550) ศึกษาในมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก พบว่าหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากสังคมที่เพียงพอ จะช่วยลดภาวะเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ปัญหาได้ดีขึ้น และพร้อมที่จะดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีพัฒนาการที่ดีขึ้น ซึ่งบุคคลที่ผู้ดูแลขอความช่วยเหลือส่วนใหญ่ ได้แก่ แพทย์พยาบาล บุคคลรอบข้าง เพื่อที่จะแสวงหาข้อมูลใหม่ในการรักษาและนำผู้ป่วยไปรับบริการ ดังนั้นการทราบแหล่งในการช่วยเหลือจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีที่ปรึกษาและมีข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง เกิดความมั่นใจ และสามารถที่จะพึ่งพาไว้วางใจผู้อื่น รวมทั้งนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความพร้อมในการดูแลจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญสำหรับผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย อารมณ์ การให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระกวางการดูแล ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเอง ให้เกิดความพึงพอใจ การจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน และการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่เป็นจากโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความพร้อมในการดูแลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ไม่รู้สึกยุ่งยากในบทบาทการดูแล ทำให้รู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทตามแนวคิดที่ว่าเมื่อเกิดความพร้อมในการดูแลมากขึ้นเท่าไรยังมีโอกาสเกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลลดลง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแล โดยมีปัจจัยสำคัญที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาและเชื่อว่ามีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เพศ

ในบริบทสังคมไทยผู้หญิงเป็นเพศแม่ ที่ต้องรับบทบาทในการดูแลลูกๆ ดังนั้นการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลซึ่งไม่แตกต่างออกไปจากการดูแลลูก ซึ่งขนบธรรมเนียมประเพณีไทยผู้หญิงเป็นเพศที่เหมาะสมต่อการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล (ซีคะห์, 2545) จากการศึกษาของวินิตา (2547) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.05) เนื่องจากจากสังคมและวัฒนธรรมของคนไทยที่เพศหญิงถูกสอนมาว่าเป็นเพศที่ต้องทำหน้าที่ให้การดูแล แต่พบว่าในปัจจุบันผู้หญิงมีการทำงานนอกบ้านมากขึ้นจึงทำให้บทบาทหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจึงพบได้ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย (ยุพาพิน, 2546) การศึกษาของแสงรัสมิ (Saengratsamee, 2004) ศึกษาความเครียดในบทบาทผู้ดูแลญาติผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลระดับสูง เนื่องจากมีความละเอียดอ่อนในการดูแล มีความเข้าใจได้ง่ายกับการรับบทบาทผู้ดูแล อธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงมีความละเอียดอ่อนในการดูแล เพศจึงปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการดูแล

ภาวะสุขภาพ

ผู้ที่ภาวะสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีกว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพไม่แข็งแรง หรือมีโรคประจำตัวที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรม (เจียมจิต, 2541) จากการศึกษาของก่อกษณู (Kopachon, 2002) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแลญาติผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ปัจจัยความพร้อมในการดูแล และ พบว่าความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว มีสุขภาพแข็งแรงดี จึงสามารถเรียนรู้ได้เร็วไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเตรียมอาหาร การดูแลด้านร่างกาย ทำให้มีความพร้อมในการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง และความพร้อมในการดูแลถูกนำมาศึกษากับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองโดยไชยวุฒิ (Chaiyawut, 2004) พบว่าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลสูง เนื่องจากมีความพร้อมทั้งทางสรีรภาพ และวุฒิเป็นวัยกลางคนที่มีความพร้อมในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของแสงรัศมี (Saengratsamee, 2004) ศึกษาความเครียดในบทบาทผู้ดูแลญาติผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีความพร้อมในการดูแลสูงจากการที่ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงเช่นกัน และการศึกษาของศรีเรศ (Sritares, 2003) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลของภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลระดับต่ำ เนื่องจากมีโรคประจำตัวเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่มีผลต่อระดับความพร้อมในการดูแล อธิบายได้ว่าปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีผลต่อความพร้อมในการดูแล

การประเมินความพร้อมในการดูแล

แบบวัดความพร้อมในการดูแลสร้างโดยอาร์ชโบลด์ และคณะ (Archblod et al., 1990) พัฒนาจากงานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและพัฒนาต่อเนื่อง ได้นำไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาอยู่ระหว่าง 0.86 – 0.92 และแบบวัดความพร้อมในการดูแลนี้ถูกแปลเป็นภาษาไทยโดยวิโรจรัตนา (Wirojratana, 2002) จากนั้นนำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแก่นักภาษาศาสตร์ที่มีความเชี่ยวชาญ 2 ภาษา จนมีความหมายที่ตรงกัน นอกจากนี้แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลได้ถูกนำมาใช้ในงานวิจัยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยก้อผจญ (Kopachon, 2002) นำแบบวัดความพร้อมในการดูแล ประกอบด้วย 8 ด้าน คือ ด้านร่างกาย อารมณ์ การให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล การเกิดความพึงพอใจ การจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล และความพร้อมในการดูแลโดยรวม นำไปตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ซึ่งความชัดเจนของเนื้อหาและความเหมาะสมของสำนวนภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำมาวัดความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.86

ศรีเรศ (Sritares, 2003) ได้นำแบบประเมินความพร้อมในการดูแลศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทสังคมไทย โดยแบบประเมินความพร้อมในการดูแลผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมประเด็นเนื้อหาที่จะศึกษาตามวัตถุประสงค์ จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความเที่ยงของแบบประเมินความพร้อมในการดูแล ได้ค่าดัชนีความเที่ยงของเนื้อหาเท่ากับ 0.73 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการประเมินความพร้อมในการดูแลของศรีเรศ (Sritares, 2003) มาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

แบบสอบถามการประเมินความพร้อมในการดูแลมีความครอบคลุมความพร้อมในการดูแลทั้ง 7 ด้าน คือ ด้านร่างกาย อารมณ์ การให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล การเกิดความพึงพอใจ การจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน และการขอความช่วยเหลือข้อมูลที่สำคัญจากโรงพยาบาล

แนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว

ครอบครัวและญาติพี่น้องเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญ ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ให้การช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งสัมพันธภาพจะช่วยให้มีการช่วยเหลือเกื้อหนุนกัน แนวคิดครอบครัวของฟริดแมน (Friedman, 1989) ให้ความหมายเกี่ยวกับหน้าที่ของครอบครัวไว้ว่าเป็นงานที่ครอบครัวพึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัว สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ครอบครัวเป็นแหล่งกำเนิดอุดมโนทัศน์ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีชีวิตที่มีค่าและเป็นแหล่งของการให้ความรักความอบอุ่นรวมทั้งการให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่างๆ มอร์โรว์ และวิลสัน (Morrow & Wilson, 1961) ได้อธิบายลักษณะของสัมพันธภาพในครอบครัวว่าประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ สิ่งแวดล้อมในครอบครัว การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน ในครอบครัว มีความรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน และมีความกลมเกลียวสามัคคีปรองดองระหว่างสมาชิกในครอบครัว

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดครอบครัว มาใช้ร่วมกับแนวคิดสัมพันธภาพเนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีมาจากหน้าที่ของครอบครัวที่มีแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม และสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นพฤติกรรมที่บุคคลในครอบครัวแสดงออก ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของ สัมพันธภาพในครอบครัว ว่าเป็นลักษณะพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว ประกอบไปด้วย สามิ ภรรยา บุตร หลาน ญาติพี่น้อง หรือบุคคลอื่นๆที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีองค์ประกอบของสัมพันธภาพในครอบครัว คือ มีความรักความห่วงใย มีการดูแลเอาใจใส่ต่อกัน การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในครอบครัว การเคารพยกย่องและให้ความสำคัญต่อกัน มีความปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน

องค์ประกอบของสัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัวตามแนวคิดฟริดแมน (Friedman, 1989) มอร์โรว์ และวิลสัน (Morow & Wilson, 1961) และมีการนำมาศึกษาโดยจันทวงศ์ (2550) และได้อธิบายถึงองค์ประกอบของสัมพันธภาพในครอบครัวไว้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. มีความรักความห่วงใยซึ่งกันและกัน เป็นการแสดงออกถึงสมาชิกในครอบครัวมีความรักและห่วงใย แสดงออกถึงการรู้จักเข้าใจความรู้สึกและความต้องการ รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อครอบครัว

2. การมีปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกในครอบครัว เป็นความรู้สึกที่มีความสุขและพึงพอใจในชีวิตครอบครัว ได้มีเวลาพูดคุย การเคารพนับถือกันของสมาชิกในครอบครัว

3. การเคารพและให้ความสำคัญซึ่งกันและกัน เป็นการแสดงถึงสิทธิ์ที่มีอยู่สามารถนำเสนอความคิดเห็นต่อครอบครัวได้ เป็นที่พึ่งพาของครอบครัว การแสดงออกถึงอารมณ์น้อยใจ

4. การปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีความสนใจเอาใจใส่ ภายในครอบครัวมีการช่วยเหลือ มีการแสดงออกถึงความขัดแย้ง

5. การพักผ่อนร่วมกันในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวได้พักผ่อนนอกบ้านร่วมกัน ทำกิจกรรม เช่น ดูทีวี ฟังเพลง การแสดงออกถึงการมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

องค์ประกอบของสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นหลักการช่วยให้สัมพันธภาพในครอบครัวเกิดขึ้นได้ในทางที่ดี สัมพันธภาพในครอบครัวเกิดจากรัก ความห่วงใยซึ่งกันและกัน การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในครอบครัว การเคารพให้ความสำคัญซึ่งกันและกัน ภายในครอบครัวเกิดการปรองดอง เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และการได้มีเวลาพักผ่อนทำกิจกรรมร่วมกันกับครอบครัว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่เข้ามาเกี่ยวข้อง โดยมีปัจจัยสำคัญที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาและเชื่อว่ามีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความเข้มแข็งในครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจและการติดต่อสื่อสาร ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความเข้มแข็งในครอบครัว

บุคคลในครอบครัวมีการแสดงออกถึงการมีความรักความห่วงใยเป็นพฤติกรรมที่มีผลต่อการปรับตัวต่อการใช้ชีวิตในสังคมต่อไป (รุจจา, 2541) จากผลการศึกษาของจันทนา (2550) ศึกษาสัมพันธภาพและกระบวนการจัดการของครอบครัวในดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่าผู้ดูแลรู้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้นร้อยละ 80 หลังจากบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีความรักห่วงใย เข้าใจ เอาใจใส่ คอยให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อธิบายได้ว่าความรักความห่วงใยเป็นส่วนหนึ่งของความเข้มแข็งในครอบครัว

ในการอยู่รวมกันเป็นครอบครัวมีการกำหนดกฎกติกาของครอบครัวไว้ร่วมกัน ซึ่งบทบาทที่ถูกกำหนดโดยสมาชิกในครอบครัว การเคารพกฎกติกาทำให้ครอบครัวเกิดความสามัคคีปรองดองกัน จากการศึกษาของนิภา (2546) ศึกษาระยะเวลาในการดูแล เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในครอบครัว ความเข้มแข็งในครอบครัว และความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาต พบว่าครอบครัวที่มีความรัก ความสามัคคีปรองดอง มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มาจากการมีสัมพันธภาพในครอบครัวดี พื้นฐานทางครอบครัวมีผลให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวได้ดีเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่อยู่ที่บ้าน สัมพันธภาพในครอบครัวทำให้บุคคลที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลมีความรู้สึกมั่นใจในการดูแล การแสดงออกถึงบทบาทหน้าที่และการรับบทบาทผู้ดูแลเป็นที่ยอมรับของสังคม วัฒนธรรมไทยว่าบุตรมีหน้าที่ดูแลบิดามารดา เจ็บป่วย ลำเจียก (2550) ศึกษาความผูกพันในครอบครัว พบว่าความผูกพันทำให้เด็กและเยาวชนมีความเข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาได้ดี อธิบายได้ว่าความเข้มแข็งในครอบครัว ได้แก่ ความรัก ความห่วงใย ความผูกพันในครอบครัวและความสามัคคีปรองดองเป็นปัจจัยที่มีต่อสัมพันธภาพในครอบครัว

สถานะทางเศรษฐกิจ

ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจทางสังคมในครอบครัว หากครอบครัวมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจนำมาซึ่งความสงบสุข ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความกลมเกลียวสมัครสมาน สามัคคี การรู้จักบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว (จันทนา, 2550) สมาชิกทุกคนสามารถปฏิบัติได้อย่างสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ การรู้จักลักษณะธรรมชาติ และความต้องการของบุคคลในครอบครัว และความคงเส้นคงวาในการวางระเบียบวินัย เป็นตัวที่มีอิทธิพลต่อความมีบรรยากาศในครอบครัว ปัจจัยสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีผลต่อสัมพันธภาพใน

ครอบครัวถึงแม้มีบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วย หากครอบครัวมีภาวะเศรษฐกิจที่เพียงพอทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว (จันทนงค์, 2550)

การติดต่อสื่อสาร

การที่สมาชิกในครอบครัวมีการเขียนเขียนกันอย่างสม่ำเสมอ แสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์กัน แสดงออกถึงการสื่อสารต่อกัน (รุจจา, 2541) จากการศึกษาของกาญจนา (2543) ศึกษาปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าครอบครัวที่เป็นญาติพี่น้องกันให้ความสำคัญต่อกันและให้ความใกล้ชิดกัน ทำให้มีการติดต่อบ่อยครั้ง มีโอกาสแลกเปลี่ยนสิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร ช่วยเหลือในการแก้ปัญหา และมีการร่วมตัดสินใจซึ่งกันและกัน การศึกษาของจันทนา (2550) สมาชิกที่นานๆ กลับมาบ้านหลังมีสมาชิกอีกคนป่วยทำให้มีการมาเยี่ยมเยียนบ่อยขึ้น มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีขึ้น ส่งผลให้มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี จากการศึกษาของบุษรา (2549) ศึกษาสัมพันธภาพกับครอบครัวกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ พบว่าในขณะที่ผู้สูงอายุนอนโรงพยาบาลสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มาเยี่ยมและพูดคุย โดยผู้ดูแลใกล้ชิดขณะเจ็บป่วยคือบุตร ซึ่งแสดงให้เห็นวัฒนธรรมและสังคมไทยลูกหลานหรือสมาชิกในครอบครัวมีค่านิยมและบรรทัดฐานเกี่ยวกับหน้าที่ของบุตรในการดูแลบิดามารดา ให้การเกื้อหนุนยามบิดามารดาเจ็บป่วย จึงทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่าการมีการติดต่อสื่อสารต่อกัน ได้แก่ การติดต่อบ่อยครั้ง การเขียนเขียนไปมาหาสู่ต่อกันเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสารทำให้มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี

การประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว หรือความสัมพันธ์ในครอบครัวตามแนวคิดของมอส และมอส (Moss & Moss, 1986) นำมาใช้โดยสุรีย์มาศ (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ และนวรรตน์ (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ซึ่งมีการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวเฉพาะมิติความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ด้านการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ด้านการแสดงความรู้สึก และด้านความปรองดอง แบ่งออกเป็นด้านละ 9 ข้อ ทั้งหมด 27 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายทางบวก 17 ข้อ และข้อความที่มี

ความหมายทางลบ 10 ข้อ โดยแบบประเมินนี้ได้ทดสอบความเชื่อมั่น โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นแนวคิดของฟริคแมน (Friedman, 1989) มอร์โรว์ และวิลสัน (Morrow & Wilson, 1961) แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นแบบสัมพันธภาพที่ใช้ในบริบทสังคมไทยโดยพวงศกา (2538) แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวประกอบด้วย (1) มีความรักความห่วงใยซึ่งกันและกัน (2) การมีปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกในครอบครัว (3) การเคารพและให้ความสำคัญซึ่งกันและกัน (4) การปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และ (5) การพักผ่อนร่วมกันในครอบครัว นำมาใช้โดยจันทนา (2550) ศึกษาสัมพันธภาพและกระบวนการจัดการของครอบครัวในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการทดสอบความเที่ยง (reliability) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's coefficient alpha) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 ข้อคำถามมีลักษณะเป็นข้อความที่แสดงความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ดูแลที่มีต่อสัมพันธภาพในครอบครัวในด้านต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย 15 ข้อคำถาม

แนวคิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดบทบาทของฮาร์ดี้ และฮาร์ดี้ (Hardy & Hardy, 1988) ให้ความหมาย ความเครียดในบทบาท (role strain) เป็นประสบการณ์ความยากลำบากในการดำรงบทบาท หรือดำรงบทบาทนั้นไม่ได้ ซึ่งนำมาใช้ในบริบทสังคมไทยโดยรุจา (2537) ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลประกอบด้วย เกิดความคลุมเครือในบทบาท ความขัดแย้งในบทบาท ความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป ความคาดหวังในบทบาทน้อยเกินไป บทบาทไม่สอดคล้องกัน ความสามารถเกินกว่าบทบาท และความสามารถน้อยกว่าบทบาท การศึกษาของอาร์ช โบลด์ และคณะ (Archbold et al., 1990) ศึกษาความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นความรู้สึกลำบากของผู้ดูแลในการกระทำบทบาทการให้การดูแล (felt difficulty in performing the caregiver role) ซึ่งมาจากการรับรู้ของบุคคลจากความเครียดที่เกิดจากการดำรงบทบาท ซึ่งทำให้ผู้ดูแลบทบาทเกิดความเครียดในบทบาท (role strain) ได้

องค์ประกอบของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล (Schumacher, Stewart, & Archbold, 2008) ได้จำแนกความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ ดังนี้

1. ความขัดแย้งในบทบาท (role conflict) เป็นภาวะที่บุคคลถูกคาดหวังในบทบาทขัดกันระหว่างบทบาทหรือระหว่างบุคคล ความรู้สึกเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย เกิดความขัดแย้งภายใน ความรู้สึกแย่เมื่อทำตามบทบาทหน้าที่ ความขัดแย้งภายในบุคคลในบทบาท

2. การแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง (mismatched expectation) เป็นภาวะความคาดหวังของสังคมที่มีต่อบทบาทผู้ดูแล เกิดจากผู้รับบทบาทนั้นมารับบทบาทใหม่ยังไม่รู้ถึงความคาดหวังที่มีต่อบทบาทใหม่ หรือการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและสังคมจนความคาดหวังเปลี่ยนไป แต่ไม่ชัดเจนเพียงพอที่จะปฏิบัติบทบาทได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อาจอยู่ในช่วงเปลี่ยนแปลงบทบาทหนึ่ง ไปสู่บทบาทหนึ่งซึ่งไม่มีขอบเขตบทบาทที่ชัดเจนว่าเกี่ยวข้องอย่างไร ควรปฏิบัติอย่างไร เมื่อไร เป็นต้น จึงเกิดความคลุมเครือในบทบาท เช่น ผู้ดูแลมีความหวังว่าผู้ป่วยสามารถลุกเดินได้เอง จึงจัดเตรียมอุปกรณ์หัดเดินวางไว้ใกล้ตัวผู้ป่วย แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก จำเป็นต้องมีคนคอยช่วยเหลือ ผู้ดูแลจึงให้การช่วยเหลือ โดยการช่วยพยุงตัวลุกจากเตียง บางกิจกรรมผู้ป่วยควรปฏิบัติได้เองแต่ผู้ป่วย ไม่ปฏิบัติต้องการการพึ่งพาจากผู้ดูแล หรือบางครั้งปฏิบัติได้เล็กน้อยซึ่งไม่เป็นไปตามความคาดหวัง

3. ความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้น (increased tension) การที่บุคคลดำรงบทบาทและถูกคาดหวังในหลายบทบาทมากเกินไปในเวลาที่กำหนด เนื่องจากบทบาทที่เป็นอยู่มากเกินไปจะทำให้ได้และมีเวลาน้อยเกินกว่าที่จะทำได้สำเร็จ สภาพการณ์เห็นได้ชัดในชุมชนเมือง ด้วยเหตุผลนี้จึงทำให้ผู้ดูแลต้องรับบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกันมีเวลาจำกัดในการปฏิบัติบทบาทตามที่ตนและสังคมคาดหวัง ประกอบกับปัจจัยอื่นๆ เช่น สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงและสถานะเศรษฐกิจที่ตกต่ำทำให้ผู้ดูแลขาดทรัพยากรที่จำเป็น เกิดความเครียดในบทบาทในมิติของความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป

4. ความเครียดโดยรวม (global strain) เกิดจากอัตรานโยบาย และค่านิยมส่วนตัวความรู้สึกขาดอิสระ ขาดอำนาจเป็นความเครียดในบทบาทโดยรวม การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นความรู้สึกว่ามีความขาดอำนาจ ขาดอิสระ มีความเครียดต่อการรับผิดชอบในบทบาท มีความอดทนน้อยลง มองว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ผลดีมากกว่าผลเสีย มีความรู้สึกดีต่อการดูแลผู้ป่วย เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเรื่องมือความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของศรีเรศ (Sritares, 2003) มาใช้เพียง 3 ด้านเนื่องจากด้านที่ 4 เป็นความเครียดโดยรวมในส่วนของเนื้อหาเป็นสรุปรวมของด้านความขัดแย้งในบทบาท การแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง และความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียดในบทบาทผู้ดูแลประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

1. ความขัดแย้งในบทบาทเกิดขึ้นระหว่างบทบาท เป็นความรู้สึกว่าเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดความไม่มั่นใจในการดูแล อาจเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน หรือในชีวิตประจำวันได้ดำรงบทบาทในครอบครัวหลายบทบาท เช่น เป็นบุตรของพ่อแม่ เป็นสามีของภรรยา และเป็นพ่อของบุตร
2. การแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง มุฮัมมัดอาลี (2544) ผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมรับบทบาทตามการกำหนดของอัลลอฮ์ บทบาทผู้ดูแลที่ถูกกำหนดเป็นการแสดงบทบาทผู้ดูแลที่อยู่ภายใต้ความคาดหวังของตนเองและสังคมที่คาดหวังไว้ว่าสามารถปฏิบัติได้เพียงใด
3. ความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้น ในบริบทมุสลิมบทบาทผู้ดูแลเมื่อบุคคลใดในครอบครัวมีการเจ็บป่วย ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่รับบทบาทเพิ่มเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกตึงเครียดในบทบาทที่เพิ่มขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมความเครียดในบทบาทผู้ดูแล พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล โดยมีปัจจัยสำคัญที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาและเชื่อว่ามีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการดูแลและระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพที่แข็งแรงทำให้นุคคลมีความพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดี ซึ่งมีผลถึงการมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลลดลง (Archbold et al., 1990) จากการศึกษาของวินิตา (2547) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.92) ทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้ดี ผู้ที่มีสุขภาพดี ปรับตัวต่อความเครียดในบทบาทที่ได้รับ และการศึกษาของนันทพร (2545) ศึกษาประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่ายทำให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย อธิบายได้ว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นขณะดูแลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

ระยะเวลาในการดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือว่าเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความจำเป็นต้องพึ่งพาจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งผู้ดูแลเป็นบุคคลที่เข้ามารับบทบาทในการดูแลช่วยเหลือในด้านต่างๆ การให้การดูแลที่ยาวนานทำให้บุคคลที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลยังมีประสบการณ์ในการดูแลมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของวินิตา (2547) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าผู้ดูแลมีประสบการณ์การดูแลระยะเวลา 1 ปีขึ้นไปจนถึง 4 ปีมีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 39.01) รองลงมาผู้ที่มีระยะเวลาในการดูแล 2 สัปดาห์ถึง 1 ปี (ร้อยละ 33.33) เมื่อระยะเวลาในการดูแลยาวนานมากกว่า 1 ปี การฟื้นฟูสภาพร่างกายมีความคงที่ หรือการดูแลที่ยาวนานแต่ผู้ป่วยยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ อาจทำให้ผู้ดูแลหมดกำลังใจ และบางรายหมดเงิน ไปด้วยการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ อาจทำให้ผู้ดูแลเบื่อหน่าย รู้สึกว่าได้พยายามอย่างเต็มที่แล้ว แต่อาการของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น อธิบายได้ว่าผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลมากยังมีผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

ระยะเวลาในการดูแลมีความสำคัญต่อการปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดขึ้นจากการรับบทบาทนั้นๆ เมื่อหลัง 6 เดือนไปแล้วทำให้ผู้ดูแลปรับตัวต่อบทบาทที่ได้รับดีกว่า และในขณะที่เดียวกันช่วงเวลาก่อน 2 สัปดาห์หลังกลับบ้าน ผู้ดูแลมีความเครียดคงที่ไม่เปลี่ยนแปลง จากการศึกษาของสุคศิริ (2541) ศึกษาในผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน ผู้ดูแลมีความเครียดต่อการปรับตัวเมื่อกลับบ้านใหม่ๆ จนถึงหลัง 6 เดือนเป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลประเมินว่าสามารถปรับตัวได้ต่ออาการคงที่ของผู้ป่วย และจากการศึกษาของเพิกเดช (Perkdetch, 2002) ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, p < .01$) แสดงว่าผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลมาก ยิ่งส่งผลต่อความเครียดในบทบาท แต่ถ้ามีระยะเวลาในการดูแลน้อยทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทน้อยเช่นกัน ร่วมกับการมีระยะเวลาในการดูแลสามารถอธิบายความแปรปรวนของความเครียดในบทบาทได้ร้อยละ 14.3 อธิบายได้ว่าระยะเวลาในการดูแลเป็นปัจจัยต่อระดับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยเหลือ เมื่อมีระดับความต้องการในการดูแลมากเพียงใดยิ่งทำให้ผู้ดูแลมีความรับผิดชอบในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล (กิตติพันธุ์, 2552) จากการศึกษา

ของศรีธเรศ (Sritares, 2003) การรับรู้ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .01$) แสดงว่าผู้ป่วยมีระดับการพึ่งพาสูง ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาท และระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยสามารถทำนายความเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.1 อธิบายได้ว่าระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

การประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดของฮาร์ดี้ และฮาร์ดี้ (Hardy & Hardy, 1988) กล่าวถึงองค์ประกอบของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล 3 ประการ ประกอบด้วยความขัดแย้งในบทบาท ความคลุมเครือในบทบาท และความมีบทบาทมากเกินไป รวมเป็นจำนวน 30 ข้อคำถาม และต่อมาแบบสอบถามการประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแลที่สร้างขึ้น โดยอาร์ช บล็อก และคณะ (Archblod et al., 1990) เป็นแบบสอบถามการประเมินความเครียดในบทบาทที่มีความครอบคลุมเนื้อหาของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละด้าน คิดเป็นความขัดแย้งในบทบาท 0.70 การแสดงบทบาทไม่ตรงตามคาดหวัง 0.67 ความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้น 0.82 – 0.93 และความเครียดในบทบาทโดยรวม 0.72 – 0.84 และนำมาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยศรีธเรศ (Sritares, 2003) ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมประเด็นสำคัญของเนื้อหา ที่จะศึกษาตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสม ความชัดเจนในเนื้อหา จากนั้นนำแบบประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมาหาค่าดัชนีความเที่ยงของเนื้อหา (content validity index) ได้ค่าความเที่ยงดังนี้ ความขัดแย้งในบทบาท 0.71 – 0.84 การแสดงบทบาทไม่ตรงตามคาดหวัง 0.50 – 0.58 ความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้น 0.54 – 0.93 และความเครียดในบทบาทโดยรวม 0.60 – 0.81 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของศรีธเรศ (Sritares, 2003) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล โดยแบ่งเป็น 3 ด้านมาใช้ในการศึกษา

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถพบสาเหตุการเกิดได้ทั้งที่เกิดจากการตีบ แฉกและอุดตันของหลอดเลือดในสมอง มีโอกาสเกิดความพิการตลอดชีวิตได้สูง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลซึ่งดำรงบทบาทในการดูแล มีโอกาสเกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้จากการเกิดความขัดแย้งภายในตนเองในการดำรงบทบาทว่าเป็นอุปสรรค ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดี ความคาดหวังจากสภาพชีวิตความเป็นอยู่แบบครอบครัวไทย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกคลุมเครือในบทบาทผู้ดูแล จากความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ทั้งๆที่ดำรงบทบาทอยู่แล้วหลายบทบาท แต่ต้องมารับภาระเพิ่มในบทบาทผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมความเครียดในบทบาทผู้ดูแล พบว่าปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความเครียดในบทบาทได้เพิ่มขึ้น ได้แก่ ความพร้อมในการดูแล และสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งความพร้อมในการดูแลเกิดจากการที่บุคคลยอมรับได้กับบทบาทที่ดำรงอยู่ เมื่อเกิดการยอมรับทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลได้ และเมื่อมีความพร้อมในการดูแลระดับมากทำให้ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลลดลง ส่วนปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่แสดงถึงบทบาทอย่างหนึ่งของผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยโอกาสเกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่าระดับความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมีความแตกต่างกันไม่สามารถกล่าวอ้างถึงได้ในบริบทมุสลิม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าในบริบทมุสลิมผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองว่าแตกต่างจากผลการศึกษาที่ผ่านมาอย่างไร ร่วมกับสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่าไม่มีงานวิจัยที่นำมาศึกษาร่วมกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวในบริบทผู้ดูแลมุสลิมที่มีความแตกต่างของบริบทที่ใช้ในการศึกษาและไม่พบงานวิจัยที่มีการศึกษาถึงสัมพันธภาพในครอบครัวต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมาก่อน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) ศึกษาความพร้อมในการดูแล
สัมพันธภาพในครอบครัวและความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา คือ ผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองมาพบ
แพทย์ที่ห้องตรวจอายุรกรรม ศัลยกรรมระบบประสาท และห้องเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลศูนย์
ยะลา ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีวิเคราะห์กำลังการทดสอบ
(power analysis) ของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) โดยตั้งค่าอำนาจการทดสอบ
(power) ที่ .80 กำหนดค่าระดับความเชื่อมั่นที่ .05 เลือกขนาดของอิทธิพล (effect size) ของ
งานวิจัยครั้งนี้ใช้ที่ระดับ 0.36 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันของ
ก้อผจญ (Kopachon, 2002) ศึกษาอิทธิพลของความพร้อมในการดูแล ต่อความเครียดในบทบาท
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์กับ
ความเครียดในบทบาท ($r = -.36, p < .001$) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 83 ราย ดังนั้นการศึกษานี้
ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล 100 ราย โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive
sampling) ซึ่งกำหนดคุณสมบัติไว้ ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ – 6 เดือน
2. ไม่เป็นผู้รับจ้างดูแลผู้ป่วย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะการทำงาน ประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน

ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพขณะดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลต่อวัน ระยะเวลาของการดูแล การได้รับข้อมูลหรือการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล ผู้ช่วยในการดูแล เหตุผลในการรับบทบาทผู้ดูแล อุปสรรคจากเหตุการณ์ความไม่สงบระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล และอุปสรรคจากระยะทาง

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ชนิดโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย อุปกรณ์ติดตัวผู้ป่วย ความทรงจำ ความสามารถในการพูด ความสามารถในการคิด โรคประจำตัว สิทธิการรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่พบขณะดูแล

3. แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้ของศรีหเรศ (Srithares, 2003) ซึ่งแบบสอบถามมีจำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด โดยมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	= 4	หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมากที่สุด
มาก	= 3	หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก
ปานกลาง	= 2	หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง
เล็กน้อย	= 1	หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย
ไม่พร้อมเลย	= 0	หมายถึง ไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง

การแปลความหมายคะแนนความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยเฉลี่ยคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามการวัดระดับอันตราย หรือระดับช่วง (interval scale) คะแนนรวมต่ำสุด 0 คะแนน และมีค่าสูงสุด 4 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนใช้การแบ่งเกณฑ์คะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	0.00 – 1.33	หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	1.34 – 2.66	หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	2.67 – 4.00	หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับสูง

4. แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้ของจันทนา (2550) มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด โดยมีข้อความทางบวก 12 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14 และ 15 ส่วนข้อความทางลบ 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 5, 7 และ 12 โดยมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบเลย
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบเป็นส่วนน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบเพียงครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยมาก	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบเป็นส่วนมาก

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก

ไม่เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	2	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	3	คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้	4	คะแนน

ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ

ไม่เห็นด้วย	ให้	4	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	3	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	2	คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้	1	คะแนน

การแปลความหมายคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยเฉลี่ยคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามการวัดระดับอันตราย หรือระดับช่วง (interval scale) คะแนนต่ำสุด 1 คะแนน และมีค่าสูงสุด 4 คะแนน การแปลความหมายของคะแนน ใช้การแบ่งเกณฑ์คะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.99	หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	2.00 – 2.99	หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.00 – 4.00	หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับสูง

5. แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้ของศรีธารศ (Srithares, 2003) ประกอบด้วยแบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล มี 3 ด้าน คือ ด้านที่ 1 ความขัดแย้งในบทบาท เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ในบทบาทนั้นหรือไม่ มากน้อยเพียงใด จำนวน 14 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด โดยมีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และค่าสูงสุด 4 คะแนน คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เลย	= 0	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นอุปสรรคในการกระทำบทบาทอื่นๆเลย
เล็กน้อย	= 1	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นอุปสรรคในการกระทำบทบาทอื่นๆเล็กน้อย
ปานกลาง	= 2	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นอุปสรรคในการกระทำบทบาทอื่นๆปานกลาง
มาก	= 3	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นอุปสรรคในการกระทำบทบาทอื่นๆมาก
มากที่สุด	= 4	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นอุปสรรคในการกระทำบทบาทอื่นๆมากที่สุด

ไม่มีบทบาท หมายถึง ไม่คิดคะแนนข้อไม่มีบทบาท

การแปลความหมายคะแนนความขัดแย้งในบทบาท โดยผู้วิจัยเฉลี่ยคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามการวัดระดับอันตราย หรือระดับช่วง (interval scale) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และค่าสูงสุด 4 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนใช้การแบ่งเกณฑ์คะแนน ดังนี้

คะแนนรวม	0.00 – 1.33	หมายถึง ความขัดแย้งในบทบาทอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนรวม	1.34 – 2.66	หมายถึง ความขัดแย้งในบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนรวม	2.67 – 4.00	หมายถึง ความขัดแย้งในบทบาทอยู่ในระดับสูง

ด้านที่ 2 การแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง จำนวน 7 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด โดยมีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนนและค่าสูงสุด 4 คะแนน ซึ่งลักษณะแบบสอบถามใน 1 ข้อ มีให้เลือกตอบ 2 ครั้ง คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เลย	= 0	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยไม่ตรงตามความคาดหวังเลย
เล็กน้อย	= 1	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยตรงตามความ

		คาดหวังเล็กน้อย
ปานกลาง	= 2	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยตรงตามความคาดหวังปานกลาง
มาก	= 3	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยตรงตามความคาดหวังมาก
มากที่สุด	= 4	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยตรงตามความคาดหวังมากที่สุด

การแปลความหมายคะแนนการแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวังโดยผู้วิจัยเฉลี่ยคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามการวัดระดับอันตรภาค หรือระดับช่วง (interval scale) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และมีค่าสูงสุด 4 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนใช้การแบ่งเกณฑ์คะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	0.00 – 1.33	หมายถึง การแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวังอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	1.34 – 2.66	หมายถึง การแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวังอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	2.67 – 4.00	หมายถึง การแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวังในระดับระดับสูง

ด้านที่ 3 ความพึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้น จำนวน 14 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายเปิด โดยมีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนนและค่าสูงสุด 4 คะแนน คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เลย	= 0	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยไม่มีความพึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้นเลย
เล็กน้อย	= 1	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยมีความพึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้นเล็กน้อย
ปานกลาง	= 2	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยมีความพึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้นปานกลาง
มาก	= 3	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยมีความพึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้นมาก
มากที่สุด	= 4	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยมีความพึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้นมากที่สุด

บทบาทเพิ่มขึ้นมากที่สุด

การแปลความหมายคะแนนความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้น โดยผู้วิจัยเฉลี่ยคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามการวัดระดับอันตรภาค หรือระดับช่วง (interval scale) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และมีค่าสูงสุด 4 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนใช้การแบ่งเกณฑ์คะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	0.00 – 1.33	หมายถึง ความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	1.34 – 2.66	หมายถึง ความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	2.67 – 4.00	หมายถึง ความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง

ในการแปลผลความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแลทั้ง 3 ด้าน โดยผู้วิจัยเฉลี่ยคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามการวัดระดับอันตรภาค หรือระดับช่วง (interval scale) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และมีค่าสูงสุด 4 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนใช้การแบ่งเกณฑ์คะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	0.00 – 1.33	หมายถึง ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	1.34 – 2.66	หมายถึง ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	2.67 – 4.00	หมายถึง ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้หาความตรงและความเที่ยงประกอบด้วย แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง 3 ด้าน คือ ความขัดแย้งในบทบาท การแสดงบทบาทไม่ตรงตามคาดหวัง และความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยได้ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงด้านเนื้อหา และความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทดสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของสำนวนภาษา และความชัดเจนของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านศาสนอิสลาม จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ท่าน และจิตแพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านศาสนอิสลาม จำนวน 1 ท่าน หลังจากได้รับคำแนะนำและข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงเพื่อให้มีความชัดเจนครอบคลุมมากขึ้น

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ เก็บข้อมูลกับผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ซึ่งแบบสอบถามความพร้อมในการดูแล แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีจำนวน 3 ด้าน คือ ความขัดแย้งในบทบาท ความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้น และการแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง ตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87, .88, .92 และ .88 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง ตรวจสอบค่าความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย วัดในกลุ่มตัวอย่างเดิมภายในเวลาห่างกัน 3 วัน เพื่อไม่ให้ผู้ตอบจำในสิ่งที่เคยตอบมาก่อน ตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องระหว่างคะแนนในการวัดสองครั้ง (percent of agreement) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 หลังจากได้รับการอนุมัติให้การเก็บข้อมูลวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรมระบบประสาท และแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลอีกครั้ง

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ประสานงานเจ้าหน้าที่หน่วยงานแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อขอความร่วมมือให้ข้อมูลผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและเชิญชวนเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอม ผู้ประสานงานจะแนะนำตัวผู้วิจัยเพื่อเก็บข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

2.3 ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอ่าน และเลือกตอบด้วยตนเอง ในรายที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ และบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งฉบับ หากไม่สมบูรณ์ทำการสอบถามให้ครบสมบูรณ์

2.4 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมองหลังจากตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา อธิบายความสำคัญวิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย หรือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการศึกษาเท่านั้น โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ป่วยหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะนำมาสรุป และนำเสนอในภาพรวม ขณะตอบแบบสอบถามมีเก้าอี้สำหรับตอบแบบสอบถามซึ่งห่างจากผู้ป่วยเพื่อให้ลดภาวะกดดันในการเลือกตอบ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษร จึงลงมือเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (บุญใจ, 2547)

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. ความพร้อมในการดูแล วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. สัมพันธภาพในครอบครัว วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม ในการคำนวณหาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ซึ่งได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

5.1 ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม เป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง มีค่าในมาตราวัดช่วงมาตราและอัตราส่วนมาตรา

5.2 ความสัมพันธ์ของตัวแปรสองตัวแปรมีลักษณะความสัมพันธ์เชิงเส้น

5.3 กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่เพียงพอ การกระจายข้อมูลเป็น โคนึงปกติ

5.4 ข้อมูลของตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องรวบรวมมาจากกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัวและความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 ราย โดยนำเสนอผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 ระดับความพร้อมในการดูแล ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวและระดับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 ราย เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74) มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 40 ปี (ร้อยละ 58) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นคู่สามี/ภรรยา (ร้อยละ 50) ผู้ดูแลไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 32) ลักษณะการทำงานในปัจจุบันทำงานเป็นบางวัน (ร้อยละ 47) ประกอบอาชีพทำสวน (ร้อยละ 43) ขณะดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลมีสุขภาพแข็งแรงดี (ร้อยละ 91) ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลต่อวันเฉลี่ย 9 - 16 ชั่วโมง (ร้อยละ 46) ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน (ร้อยละ 86) ไม่เคยรับคำแนะนำหรือการฝึกทักษะมาก่อน (ร้อยละ 86) ผู้ดูแลให้เหตุผลในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลว่าทำด้วยหน้าที่และความรัก (ร้อยละ 35) และระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาลน้อยกว่า 20 กิโลเมตร (ร้อยละ 35) (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	26
หญิง	74	74
อายุ (ปี) (min = 16, max = 62, M = 36.8, SD = 12.09)		
< 20	6	6
20 - 40	58	58
41 - 60	35	35
> 60	1	1
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
สามี/ภรรยา	50	50
บิดา/มารดา	4	4
ญาติพี่น้อง	33	33
ลูก/หลาน	13	13
สถานภาพสมรส		
โสด	29	29
คู่	71	71
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	32	32
เรียนศาสนา	16	16
ประถมศึกษา	5	5
มัธยมศึกษา	16	16
อนุปริญญา	11	11
ปริญญาตรีขึ้นไป	20	20

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะการทำงานในปัจจุบัน		
ทำงานเป็นบางวัน	47	47
ทำงานเป็นประจำ	41	41
ไม่ได้ทำงาน	12	12
ประกอบอาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	27	27
ค้าขาย	18	18
ทำสวน	43	43
ว่างงาน	11	11
นักเรียน	1	1
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ไม่มี	1	1
< 2,000	5	5
2,000 - 5,000	25	25
5,001 - 10,000	51	51
> 10,000	18	18
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ/ไม่มีหนี้สิน	17	17
ไม่เพียงพอ/มีหนี้สิน	13	13
เพียงพอ/มีเหลือเก็บ	55	55
เพียงพอ/ไม่เหลือเก็บ	15	15
โรคประจำตัว		
ปฏิเสธการมีโรคประจำตัว	85	85
โรคเบาหวาน	6	6
โรคความดันโลหิตสูง	6	6
โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง	2	2
ไมเกรน	1	1

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพขณะดูแลผู้ป่วย		
แข็งแรงดี	91	91
ปวดเมื่อย	5	5
เครียด/วิตกกังวลนอนไม่หลับ	3	3
ภูมิแพ้	1	1
ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลต่อวัน (ชั่วโมง)		
< 8	23	23
9 - 16	46	46
> 16	31	31
ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล		
ไม่มี	86	86
มี (เคยดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/อัมพาต/หัวใจ/นิ้ว)	14	14
การได้รับคำแนะนำหรือฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย		
ไม่เคยได้รับ	86	86
เคยได้รับจากโรงพยาบาล/สถานเอนามัย	13	13
เคยได้รับจากอสม.หมู่บ้าน	1	1
ผู้ช่วยในการดูแล		
ไม่มีผู้ช่วย	33	33
บิดา/มารดา	20	20
พี่น้อง	16	16
ลูก/หลาน	22	22
ญาติพี่น้อง	9	9
เหตุผลในการรับบทบาทผู้ดูแล		
หน้าที่	22	22
ความรัก	29	29
ไม่มีใคร	1	1

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
หน้าที่/ความรัก	35	35
หน้าที่/ไม่มีใคร	1	1
ความรัก/ไม่มีใคร	1	1
หน้าที่/ความรัก/ไม่มีใคร	11	11
ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล (กิโลเมตร)		
< 20	35	35
20 – 40	33	33
> 40	32	32
อุปสรรคจากระยะทาง		
ไม่เป็นอุปสรรค	90	90
เป็นอุปสรรค (ผู้ป่วยไม่สบาย/ไกล/เส้นทางไม่สะดวก)	10	10

ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71) มีอายุอยู่ในช่วง 40 - 60 ปี (ร้อยละ 45) ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเส้นเลือดในสมองตีบ (ร้อยละ 77) ระยะเวลาที่ป่วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 38) ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายสามารถช่วยตัวเองได้โดยมีคนช่วย (ร้อยละ 67) ไม่มีอุปกรณ์ติดตัว (ร้อยละ 58) ผู้ป่วยมีความจำสับสน (ร้อยละ 52) สามารถพูดได้บ้าง (ร้อยละ 55) การคิดช้าลง (ร้อยละ 88) โรคประจำตัวที่พบคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 43) สิทธิที่ใช้ในการรักษาใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 60) ส่วนใหญ่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะดูแล (ร้อยละ 92) (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	71	71
หญิง	29	29
อายุ(ปี) (min = 20, max = 86, M = 59.58, SD = 12.73)		
20 - 40	10	10
40 - 60	45	45
> 60	45	45
ชนิดโรคหลอดเลือดสมอง		
เส้นเลือดสมองตีบ	77	77
เส้นเลือดสมองแตก	23	23
ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (เดือน)		
(min = 1, max = 71, M = 24.1, SD = 18.23)		
< 6	38	38
> 6 - 24	39	39
> 25 - 48	17	17
> 49	6	6

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย		
ช่วยตัวเองไม่ได้	12	12
ช่วยตัวเองได้โดยมีคนช่วย	67	67
ช่วยตัวเองได้ไม่ต้องมีคนช่วย	21	21
อุปกรณ์ติดตัวผู้ป่วย		
ไม่มีอุปกรณ์	58	58
ท่อเจาะคอ	14	14
สายให้อาหาร	8	8
สายปัสสาวะ	5	5
มีอุปกรณ์มากกว่า 1 อย่าง	15	15
ความทรงจำ		
จำได้	45	45
สับสน	52	52
จำไม่ได้	3	3
ความสามารถในการพูด		
พูดได้ชัดเจน	21	21
พูดได้บ้าง	55	55
พูดไม่ได้เลย	24	24
ความสามารถในการคิด		
ปกติ	5	5
คิดได้ช้าลง	88	88
คิดไม่ได้เลย	7	7

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	23	23
มี	77	77
ความดันโลหิตสูง	43	55.84
ไขมันในเลือดสูง	6	7.79
เบาหวาน	2	2.60
> 1 โรค	26	33.77
สิทธิการรักษา		
เบิกได้ (เบิกจ่ายตรง/ประกันชีวิต/ประกันสังคม/เบิกต้นสังกัด)	40	40
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	60	60
ภาวะแทรกซ้อนที่พบขณะดูแล		
ไม่มี	92	92
มี	8	8
ติดเชื้ทางเดินหายใจ	1	12.5
แผลกดทับ	4	50
ติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ	2	25
ข้อติดแข็ง	1	12.5

ส่วนที่ 2 ระดับความพร้อมในการดูแล ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวและระดับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.57, SD = 0.62$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลด้านร่างกายมีคะแนนสูงสุด ($M = 2.83, SD = 0.73$) และความพร้อมในการดูแลด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาลมีค่าคะแนนต่ำสุด ($M = 2.33, SD = 0.88$) (ตาราง 3)

ตาราง 3

คะแนนต่ำสุด-สูงสุดของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพร้อมในการดูแล จำแนกตามรายด้านและโดยรวม ($N = 100$)

ความพร้อมในการดูแล	M	SD	ระดับ
ด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล	2.33	0.88	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน	2.42	0.87	ปานกลาง
ด้านความพร้อมในการดูแลโดยรวม	2.49	0.79	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล	2.53	0.81	ปานกลาง
ด้านการหาข้อมูลบริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล	2.58	0.90	ปานกลาง
ด้านความต้องการทางอารมณ์	2.65	0.73	ปานกลาง
ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ	2.73	0.85	ปานกลาง
ด้านความต้องการทางร่างกาย	2.83	0.73	ปานกลาง
โดยรวม	2.57	0.62	ปานกลาง

ผลการศึกษา พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมองมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.92, SD = 0.46$) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า การได้รับความรักและความห่วงใยจากสมาชิกในครอบครัวมีคะแนนสูงสุด ($M = 3.29, SD = 0.61$) และสมาชิกในครอบครัวมักทำให้รู้สึกน้อยใจอยู่เสมอมีคะแนนต่ำสุด ($M = 2.49, SD = 0.81$) (ตาราง 4)

ตาราง 4

คะแนนต่ำสุด-สูงสุดของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของสัมพันธภาพในครอบครัว จำแนกตามรายชื่อและ โดยรวม ($N = 100$)

สัมพันธภาพในครอบครัว	M	SD	ระดับ
สมาชิกในครอบครัวมักทำให้รู้สึกน้อยใจอยู่เสมอ	2.49	0.81	ปานกลาง
ในวันหนึ่งๆแทบไม่ได้พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว	2.53	0.87	ปานกลาง
สมาชิกในครอบครัวมักมีความคิดขัดแย้ง	2.62	0.92	ปานกลาง
ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ	2.73	0.79	ปานกลาง
สมาชิกในครอบครัวได้ไปพักผ่อนนอกบ้านด้วยกันเสมอ	2.78	0.71	ปานกลาง
สามารถขอคำปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวได้เมื่อมีปัญหา	2.87	0.77	ปานกลาง
สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน	2.89	0.86	ปานกลาง
สามารถกล่าวตักเตือนสมาชิกในครอบครัวได้	3.01	0.69	สูง
เมื่อเจ็บป่วยจะได้รับความช่วยเหลือหรือดูแลจากสมาชิก	3.03	0.78	สูง
ได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว	3.05	0.76	สูง
ได้รับความเคารพนับถือจากสมาชิกในครอบครัว	3.09	0.73	สูง
สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่รู้ว่าชอบและต้องการอะไร	3.10	0.72	สูง
คิดว่าตนเองมีประโยชน์ต่อครอบครัว	3.14	0.78	สูง
ที่ผ่านมามีความสุขและพอใจในครอบครัว	3.21	0.79	สูง
การได้รับความรัก และความห่วงใยจากสมาชิกในครอบครัว	3.29	0.61	สูง
โดยรวม	2.92	0.46	ปานกลาง

ผลการศึกษา พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.08, SD = 0.54$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านความขัดแย้งในบทบาทอยู่ในระดับสูงสุด ($M = 2.59, SD = 0.67$) และความเครียดโดยรวมมีคะแนนต่ำสุด ($M = 1.79, SD = 0.76$) (ตาราง 5)

ตาราง 5

คะแนนต่ำสุด – สูงสุดของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล จำแนกตามรายด้านและโดยรวม ($N = 100$)

ด้าน	M	SD	ระดับ
ความขัดแย้งในบทบาท	2.59	0.67	ปานกลาง
การแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง	1.87	0.69	ปานกลาง
ความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้น	2.06	0.83	ปานกลาง
ความเครียดโดยรวม	1.79	0.76	ปานกลาง
ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	2.08	0.54	ปานกลาง

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัวและความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษานี้ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74) ทั้งนี้เนื่องจากโดยบริบทมุสลิมเพศหญิงเป็นเพศแม่ซึ่งมีบทบาทเป็นผู้ดูแลบุตร ทำให้ผู้หญิงยอมรับการเป็นผู้ดูแลได้มากกว่าผู้ชายและผู้ชายมีข้อจำกัดในการรับบทบาทผู้ดูแลเนื่องจากวัฒนธรรมกำหนดให้ผู้ชายเป็นเพศที่หารายได้เลี้ยงครอบครัวมากกว่าการอยู่กับบ้าน ร่วมกับมีกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้หญิง

ในการศึกษานี้ อายุผู้ดูแลอยู่ในช่วง 20 – 40 ปี (ร้อยละ 58) เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะทางร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็ง เห็นได้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 85) มีภาวะสุขภาพ

แข็งแรงดีขณะให้การดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 91) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจวีญตา สาลี ถัฒนา และศิริวรรณ (2546) ศึกษาการทบทวนองค์ความรู้งานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลที่เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ สุขภาพแข็งแรง มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ร่วมกับผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นภรรยาของผู้ป่วย (ร้อยละ 50) แสดงถึงการดำรงบทบาทโดยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประกอบอาชีพทำสวน (ร้อยละ 43) จากการประกอบอาชีพทำสวนอาจพาราทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยหลังจากประกอบอาชีพแล้วเสร็จ เวลาที่ใช้ในการดูแลต่อวัน 9 – 16 ชั่วโมง (ร้อยละ 46) มีรายได้เดือนละ 5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 51) มีความเพียงพอเหลือเก็บ (ร้อยละ 55) การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลรับบทบาทด้วยความรักและหน้าที่ของการเป็นภรรยา เนื่องจากในบริบทมุสลิมสตรีผู้เป็นแม่บ้าน เป็นผู้ครอบงำบทบาทการดูแลครอบครัว ด้านการจัดหาอาหาร การเลี้ยงดูบุตร การดูแลความเรียบร้อยของบุคคลภายในบ้าน (อิมรอน, กิติมา, และจรัญ, 2550)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71) สอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบมากในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (นิจศรี และณัฐ, 2550) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบมากช่วงวัยอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 45) ซึ่งอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย ร่วมกับผู้ป่วยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (ร้อยละ 77) ซึ่งมีโอกาสพบได้มากกว่าโรคหลอดเลือดสมองจากการแตกของเส้นเลือดที่สมองเนื่องจากอุบัติเหตุ หรือโรคประจำตัว (Bates, et al., 2005)

ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองโดยมีคนช่วย (ร้อยละ 67) ผู้ป่วยมีความจำแบบสับสน (ร้อยละ 52) ซึ่งความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาที่พบบ่อย คือ การสูญเสียความทรงจำ อาจเป็นการสูญเสียความทรงจำที่เพิ่งผ่านไป ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมอง (temporal lobe) หรือเป็นการเสียความทรงจำในอดีตเกี่ยวกับตนเองและเหตุการณ์ที่ผ่านมา (Barbara, 2004) ผู้ป่วยมีความสามารถพูดได้บ้าง (ร้อยละ 55) ในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายจะไม่สามารถพูดสื่อความหมายออกเสียงเป็นคำและพยางค์ได้ ทั้งที่ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของภาษา (มนูญ, 2549) ผู้ป่วยมีการคิดช้าลงกว่าเดิม (ร้อยละ 88) เป็นความผิดปกติด้านการคิดและการจำ ผู้ป่วยอาจมีความสนใจระยะสั้นหรือมีความจำสั้น ร่วมกับผู้ป่วยไม่สามารถทำหรือเรียนรู้การเคลื่อนไหวที่ซับซ้อนได้ทั้งที่ผู้ป่วยเข้าใจคำสั่งได้ดี และไม่มี ความผิดปกติของกล้ามเนื้อ (เจียมจิต, 2541)

จากการศึกษาพบว่าโรคประจำตัวของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 43) สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2546 ภาคใต้ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปพบว่าป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จากรายงานภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ปอดอักเสบ และแผลกดทับ (Naylor, Brooten, Jines, Mourey, Mezey, & Pauly, 1994) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไม่มีโรคแทรกซ้อนขณะเจ็บป่วย (ร้อยละ 92) ส่วนโรคแทรกซ้อนที่พบได้แก่ แผลกดทับและติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะพบเพียง (ร้อยละ 4 และ 2) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของศรีเรศ (Sritares, 2003) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ที่พบว่าผู้ป่วยไม่มีโรคแทรกซ้อน (ร้อยละ 71.8)

ระดับความพร้อมในการดูแล

ผลการศึกษา พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.57, SD = 0.62$) (ตาราง 3) อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74) ซึ่งเพศหญิงมีการรับรู้ถึงความพร้อมในการดูแลได้มากกว่าผู้ชาย ส่วนเพศชายในบริบทมุสลิมการดูแลภายในครอบครัวไม่ใช่บทบาทหน้าที่ หรือไม่ได้รับการฝึกทักษะการปฏิบัติต่อสมาชิกในครอบครัวเหมือนผู้หญิง (ซีเคห์, 2545) อีกทั้งเพศหญิงมีความพร้อมในการเรียนรู้บทบาทผู้ดูแลได้เร็วและเข้าใจได้ง่ายกว่าเพศชาย ร่วมกับผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นภรรยาของผู้ป่วย (ร้อยละ 50) ซึ่งบทบาทของภรรยาเมื่อมีสามีต้องดูแลสามีเป็นอย่างดี ถึงแม้ว่าสามีต้องการสิ่งใดภรรยาเป็นผู้ตอบสนองความต้องการของสามีได้ดีที่สุด ร่วมกับผู้ดูแลมีสุขภาพแข็งแรงดี (ร้อยละ 91) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 85) ที่เป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ความพร้อมในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลประเมินว่ามีความพร้อมในการดูแล

ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลมาก่อน (ร้อยละ 86) หมายถึงการไม่มีประสบการณ์ในการรับบทบาทผู้ดูแลมาก่อนซึ่งมีผลต่อการรับรู้ถึงความพร้อมในการดูแลได้ และต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน 9 – 16 ชั่วโมง (ร้อยละ 46) ซึ่งการใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยทำให้มีเวลาให้กับตัวเองน้อยลง ร่วมกับไม่มีผู้ช่วยในการดูแล (ร้อยละ 33) แสดงว่ารับบทบาทผู้ดูแลเพียงคนเดียวมีผลให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลน้อยลง ดังนั้นผู้ดูแลจึงประเมินความพร้อมในการดูแลอยู่เพียงระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลความต้องการด้านร่างกายมีคะแนนสูงสุด ($M = 2.83, SD = 0.73$) (ตาราง 3) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลเป็นผู้ให้การดูแลเกี่ยวกับการ

ประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย เป็นต้น การดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ การทำแผล การให้ยา เป็นต้น รวมทั้งการดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ ผู้ดูแลมีอายุอยู่ในช่วง 20 – 40 ปี (ร้อยละ 58) อาจเนื่องจากส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงวัยกลางคนซึ่งมีบทบาทเป็นภรรยาหรือมารดาที่มีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวมาก่อนเข้ารับบทบาทผู้ดูแล ประกอบกับการดูแลความต้องการด้านร่างกายเป็นการดูแลเกี่ยวข้องกับลักษณะทางกายภาพซึ่งง่ายต่อการสังเกตและการดูแล เช่น การเตรียมอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น ดังนั้นเมื่อเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลจึงทำให้เรียนรู้บทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ดี

รองลงมาความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ($M = 2.73, SD = 0.85$) (ตาราง 3) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลรับภาระในการทำงานเป็นบางวัน (ร้อยละ 47) และประกอบอาชีพทำสวน (ร้อยละ 43) ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาปลีกตัวจากผู้ป่วยในการประกอบอาชีพทำสวน ช่วยในการลดภาระแก่สามีในการหารายได้เลี้ยงครอบครัวแทนสามี ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกร่วมในการดูแล รวมถึงการเป็นสามีภรรยาหรือเครือญาติเป็นแรงจูงใจให้บุคคลนั้นเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแล และมีการเรียนรู้บทบาทผู้ดูแลเพื่อนำไปดูแลผู้ป่วยในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย จึงทำให้เกิดความพอใจทั้งผู้ป่วยและตนเอง

ส่วนความพร้อมในการดูแลที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ด้านการขอความช่วยเหลือ และข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล พบว่ามีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 2.33, SD = 0.88$) (ตาราง 3) อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน (ร้อยละ 86) ทำให้ผู้ดูแลไม่กล้าขอความช่วยเหลือ และข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล ร่วมกับผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยตัวเอง โดยมีคนช่วย (ร้อยละ 67) และไม่พบอุปกรณ์ติดตัว (ร้อยละ 58) ผู้ป่วยสามารถจำได้บ้าง (ร้อยละ 55) ร่วมกับไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะให้การดูแล (ร้อยละ 92) ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่มีข้อสงสัยต่อการให้การดูแลเพราะผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงไม่ได้ขอความช่วยเหลือ ทำให้ผู้ดูแลประเมินความพร้อมในด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาลต่ำสุด

ความพร้อมในการดูแลที่มีคะแนนต่ำรองลงมา คือ ด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน ($M = 2.42, SD = 0.87$) (ตาราง 3) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายช่วยตัวเอง โดยมีคนช่วย (ร้อยละ 67) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการพึ่งพาตัวเองได้บ้างมีความพยายามในการช่วยเหลือตัวเองในการเคลื่อนไหวร่างกาย จึงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะฉุกเฉินที่ต้องจัดการ จากระดับการศึกษาของผู้ดูแลพบว่า ไม่ได้เรียน

หนังสือ (ร้อยละ 32) ซึ่งการศึกษาที่มีผลต่อความมั่นใจการตัดสินใจในการแก้ไขกับสถานการณ์ฉุกเฉิน ทำให้ผู้ดูแลประเมินผลความร่วมมือในด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉินตำรองลงมา

ระดับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว

ผลการศึกษา พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมองมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.92, SD = 0.46$) (ตาราง 4) อธิบายได้ว่า ในบริบทมุสลิมสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเกิดจากความรัก ความห่วงใยซึ่งกันและกัน การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในครอบครัว การเคารพให้ความสำคัญซึ่งกันและกัน ภายในครอบครัวเกิดการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และการได้มีเวลาพักผ่อนทำกิจกรรมร่วมกันกับครอบครัว (นิภา, 2546) ในบริบทมุสลิมเมื่อนุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วย สมาชิกต่างให้ความสนใจเอาใจใส่ดูแล มีการเยี่ยมเยียนไปมาหาสู่กับครอบครัวผู้ป่วยในวันสำคัญทางศาสนา เช่น การไปเยี่ยมผู้ป่วยในวันฮารีรายอ ในบริบทมุสลิมมองว่าผู้ป่วยเป็นศูนย์รวมญาติในวันสำคัญทางศาสนา (ซีดะห์, 2545) ร่วมกับญาติพี่น้องอาศัยอยู่ใกล้เคียงกันมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และไม่มีปัญหาเรื่องรายได้เนื่องจากมีรายได้ต่อเดือน 5,001 - 10,000 บาท (ร้อยละ 51) มีความเพียงพอเหลือเก็บ (ร้อยละ 55) แสดงถึงการมีความเข้มแข็งในครอบครัวร่วมกับครอบครัวไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจที่เป็นปัจจัยต่อสัมพันธ์ภาพในครอบครัว

แต่เนื่องจากผู้ดูแลมีการรับบทบาทหน้าที่ที่หลากหลาย หรือดำรงบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้ดูแลที่ดำรงบทบาทภรรยา ซึ่งต้องรับบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรร่วมด้วย พร้อมทั้งต้องประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงครอบครัวแทนสามี ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาให้กับตัวเองลดลง การปฏิบัติศาสนกิจทางศาสนาอาจลดลง ผู้ดูแลจึงประเมินว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวในขณะที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า การได้รับความรักและความห่วงใยจากสมาชิกในครอบครัวมีคะแนนสูงสุด ($M = 3.29, SD = .61$) (ตาราง 4) อธิบายได้ว่า สมาชิกในครอบครัวมีการสนทนาหารือกันอยู่เสมอในเรื่องต่างๆ มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไปมาหาสู่กันเสมอ การให้ความสนใจความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว บ้านเรือนตั้งอยู่ใกล้เคียงกัน มีความรักความห่วงใยซึ่งกันและกัน เป็นการแสดงออกถึงสมาชิกในครอบครัวมีความรักและห่วงใย เนื่องจากผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71) มีอาชีพทำสวน (ร้อยละ 43) แสดงถึงการอาศัยอยู่ในภูมิลำเนาไม่ได้ออกไปสร้างครอบครัวที่อื่นส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านใกล้เคียง หรือครอบครัวที่น้องอยู่ใกล้เคียงกัน ไปมาหาสู่กันได้สะดวก เนื่องจากผู้ป่วยกลายเป็นศูนย์กลางของครอบครัวที่รวมความรักความห่วงใย

รวมถึงได้มีเวลาในการทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เช่น การร่วมทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย หรือในช่วงเทศกาลต่างๆมีการมาร่วมตัวกันของลูกหลานชาวมุสลิม เช่น เทศกาลฮารีรายอ ญาติพี่น้องต่างมารวมเจอกัน อวยพรให้แก่กัน ผู้ดูแลจึงประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวด้านได้รับความรัก และความห่วงใยจากสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับสูง

รองลงมาผู้ดูแลมีความสุขและพอใจในครอบครัวมีคะแนนสูงรองลงมา ($M = 3.21, SD = 0.79$) อธิบายได้ว่ามีผู้ช่วยดูแลเป็นลูก/หลาน (ร้อยละ 22) รองลงมาเป็นบิดา/มารดา (ร้อยละ 20) ร่วมกับรับบทบาทผู้ดูแลด้วยความรัก (ร้อยละ 29) แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยมีทั้งภรรยาและลูกหลานที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแล การรับบทบาทด้วยความรักทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีความสุขต่อการกระทำหน้าที่ได้ จึงทำให้ผู้ดูแลประเมินสัมพันธภาพในค่านี้อยู่ในระดับสูงรองลงมา

สมาชิกในครอบครัวมักทำให้รู้สึกน้อยใจอยู่เสมอมีคะแนนต่ำสุด ($M = 2.49, SD = 0.81$) (ตาราง 4) อธิบายได้ว่า จากความจำเป็นที่ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแบบแผนในการดำเนินชีวิตผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นต้นว่า ขาดการพบปะสมาคมกับบุคคลอื่นในสังคม ความเป็นส่วนตัวและการมีเวลาว่างเป็นของตนเองลดน้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลรับบทบาทด้วยความรักและหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อสามี จึงทำให้ผู้ดูแลประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวด้านความรู้สึกน้อยใจ และรู้สึกว่าครอบครัวขัดแย้งกับตนเองนั้นมีน้อย แสดงออกถึงการรู้ใจเข้าใจความรู้สึกและความต้องการ รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อครอบครัวมากกว่า

ส่วนในข้อคำถามที่ว่า ในวันหนึ่งๆแทบไม่ได้พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวมีคะแนนต่ำรองลงมา ($M = 2.53, SD = 0.87$) (ตาราง 4) อธิบายได้ว่า การอาศัยอยู่บ้านใกล้เรือนเคียงทำให้ผู้ดูแลได้พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว จึงทำให้ผู้ดูแลประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวในค่านี้นี้ต่ำ เพราะสามารถพูดคุยกันได้ตลอด

ระดับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

ผลการศึกษาความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.08, SD = 0.54$) (ตาราง 5) อธิบายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองเป็นความรู้สึกว่ามีความยากลำบาก ขาดอิสระ มีความเครียดต่อการรับผิดชอบในบทบาท มีความอดทนน้อยลง แต่เนื่องจากอายุของผู้ดูแลอยู่ในช่วงวัยกลางคนทั้งยังมีภาวะสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว (วินิตา, 2547) ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่ยาวนานมากกว่า 1 ปี การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยร่างกายน้อยลงหรือคงที่ หรือการดูแล

นานไปแต่ผู้ป่วยยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ อาจทำให้ผู้ดูแลหมดกำลังใจและบางรายหมดเงินไปกับการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ อาจทำให้ผู้ดูแลเบื่อหน่าย รู้สึกว่าได้พยายามอย่างเต็มที่แล้ว แต่อาการของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น (นันทพร, 2545) จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย 9 – 16 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 46) หมายความว่าผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากทำให้มีเวลาให้กับตัวเองน้อยลง เนื่องจากระยะเวลาในการดูแลเป็นปัจจัยของการเกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้โดยมีคนช่วย (ร้อยละ 67) แสดงถึงการมีระดับการพึ่งพาน้อย ซึ่งภาวะสุขภาพที่พร้อมต่อการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลและระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล จึงทำให้ผู้ดูแลประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

พิจารณารายข้อพบว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นมีความยากลำบากมีคะแนนสูงสุด ($M = 1.95, SD = 1.16$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ ซึ่งมีความจำเพาะมากกว่าวัยอื่นในเรื่องของการเสื่อมสภาพของร่างกาย จากการศึกษาครั้งนี้การดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง เป็นวัยผู้สูงอายุยังมีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ร่วมกับระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 38) ซึ่งโอกาสผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย แสดงว่าผู้ดูแลอยู่ในช่วงต้องมีการปรับตัวต่อการมารับบทบาทผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลในการศึกษานี้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน เป็นระยะที่ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อการรับบทบาทและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดโดยรวมด้านการดูแลผู้ป่วยนั้นมีความยากลำบากอยู่ในระดับสูง

ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่าความอดทนในการดูแลผู้ป่วยมีคะแนนสูงรองลงมา ($M = 1.94, SD = 1.34$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถลดน้อยลง ความจำสับสน (ร้อยละ 52) สามารถพูดได้บ้าง (ร้อยละ 55) ความสามารถในการคิดช้าลง (ร้อยละ 88) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลต้องอดทนอยู่กับผู้ป่วยมีความสามารถในการสื่อสารน้อยกว่าคนปกติซึ่งในบางโอกาสเมื่อผู้ดูแลไม่สุขสบายทางร่างกาย หรือจิตใจอ่อนแอแต่ผู้ป่วยมีความสามารถในการสื่อสารได้น้อยมีผลให้ผู้ดูแลต้องพึ่งพาตนเองในการแก้ปัญหา หรือไม่มีผู้ช่วยในการปรับทุกข์ใจ ซึ่งบางครั้งอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่าความอดทนในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงรองลงมา

ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมั่นใจมากขึ้นมีคะแนนต่ำสุด ($M = 1.57, SD = 1.17$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่า ยิ่งผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น ผู้ดูแลรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแล เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองมีการฟื้นตัวแบบซ้ำต้องใช้เวลาอันนาน ทำให้ผู้ดูแลมีช่วงเวลาในการปรับตัวสามารถดูแลได้โดยความมั่นใจเพิ่มขึ้นเมื่อใช้เวลาในการดูแลที่ยาวนาน ซึ่งลักษณะการดูแลไม่มีการเปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลจึงรู้สึกว่าการดูแลเมื่อ

เวลาผ่านไปแล้วสามารถดูแลได้ง่ายขึ้น ผู้ดูแลจึงประเมินความเครียดในบทบาทโดยรวมในข้อที่ว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้นทำให้มั่นใจมากขึ้นในข้อนี้อยู่ในระดับน้อยสุด

ความต้องการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยง่ายขึ้นมีคะแนนต่ำ รองลงมา ($M = 1.63, SD = 1.14$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 38) การป่วยระยะเวลาสั้นทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการในการดูแลมากกว่าการป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน ถึงแม้ผู้ดูแลรับบทบาทผู้ดูแลด้วยความรักและหน้าที่ (ร้อยละ 35) การแสดงถึงความเต็มใจ จริงใจในการให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลประเมินในข้อที่ว่า ความต้องการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยง่ายขึ้นนั้นอยู่ในระดับต่ำรองลงมา

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านความขัดแย้งในบทบาท

ผลการศึกษาความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านความขัดแย้งในบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.59, SD = 0.67$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน ซึ่งเคยประกอบอาชีพอยู่ก่อนแล้ว แต่เมื่อรับบทบาทเป็นผู้ดูแลทำให้มีการทำงานเป็นบางวัน (ร้อยละ 47) ต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ในบริบทมุสลิมบทบาทผู้ดูแลเมื่อบุคคลใดในครอบครัวมีการเจ็บป่วย ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่รับบทบาทเพิ่มเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นอุปสรรคในการกระทำบทบาทอื่น ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเกิดความขัดแย้งในบทบาทผู้ดูแล และความขัดแย้งในบทบาทเกิดขึ้นระหว่างการต้องทำหน้าที่หลายบทบาท เป็นความรู้สึกว่าเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง เกิดความไม่มั่นใจในการดูแล แต่เนื่องจากมีผู้ช่วยในการดูแลเป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 22) จึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามิบุตรหลานช่วยแบ่งเบาบทบาทที่ได้รับทำให้มีความขัดแย้งในบทบาทลดลง ดังนั้นผู้ดูแลจึงประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแลในด้านความขัดแย้งในบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทำหน้าที่ของลูกสาว/ลูกชายมีคะแนนสูงสุด ($M = 3.12, SD = 1.04$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่า การแสดงบทบาทในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวสามารถแสดงบทบาทในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้ดูแลในบริบทมุสลิมบทบาทผู้ดูแลเมื่อบุคคลใดในครอบครัวมีการเจ็บป่วย ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่รับบทบาทเพิ่มเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นอุปสรรคในการกระทำบทบาทอื่น ซึ่งผู้ดูแลที่มีอายุน้อยยังต้องรับภาระในการดูแลบิดามารดา ดังนั้นบทบาทของการเป็นบุตร ที่ต้องดูแลพ่อแม่ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่อื่น นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญต่อชีวิตผู้ดูแล มีผลต่อความรู้สึกว่าเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดความไม่มั่นใจในการดูแล รวมทั้งไม่เคยมีประสบการณ์ใน

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (ร้อยละ 86) ซึ่งการดำรงบทบาทในครอบครัวหลายบทบาท ทำให้ผู้ดูแลประเมินรู้สึกเกิดความขัดแย้งในบทบาทลูกสาว/ลูกชายอยู่ในระดับสูง

รองลงมาความขัดแย้งในบทบาทในการทำหน้าที่พี่/น้องมีคะแนนสูงสุด ($M = 3.05$, $SD = 0.96$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่า มีพี่/น้องเป็นผู้ช่วยในการดูแล (ร้อยละ 16) ซึ่งการดำรงบทบาทผู้ดูแลแต่มีผู้ช่วยเป็นพี่/น้องซึ่งมีโอกาสเกิดความคิดขัดแย้งในบทบาทการเป็นผู้ดูแล การมีความคิดเห็นไม่ตรงกันได้จากวิถีปฏิบัติใกล้เคียงกัน จึงทำให้ผู้ดูแลประเมินการทำหน้าที่พี่/น้องมีคะแนนสูงรองลงมา

ในรายชื่อที่ว่าการทำงานหน้าที่ของการเป็นผู้ประกอบอาชีพการงานมีคะแนนต่ำสุด ($M = 1.65$, $SD = 0.68$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลประกอบอาชีพทำสวน (ร้อยละ 43) และลักษณะการทำงานทำเป็นบางวัน (ร้อยละ 47) ทำให้ความขัดแย้งต่อการประกอบอาชีพมีน้อย จากการได้มีเวลาประกอบอาชีพและทำงานแยกออกจากการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลประเมินความขัดแย้งในบทบาทการประกอบอาชีพการงานมีคะแนนต่ำสุด

การทำงานหน้าที่ของปู่/ย่า/ตา/ยายมีคะแนนต่ำรองลงมา ($M = 1.93$, $SD = 1.53$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่า ผู้ช่วยเหลือในการดูแลเป็นลูก/หลาน (ร้อยละ 22) แสดงว่าผู้ดูแลไม่ได้อยู่ในสถานะในการดำรงบทบาทปู่/ย่า/ตา/ยาย จึงทำให้ผู้ดูแลประเมินว่ามีความขัดแย้งในแสดงบทบาทในการทำหน้าที่ของปู่/ย่า/ตา/ยายต่ำรองลงมา

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง

ผลการศึกษาความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวังอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.87$, $SD = 0.69$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่า ความคาดหวังของสังคมที่มีต่อบทบาทผู้ดูแล แต่เนื่องจากผู้ดูแลมีระยะเวลาในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในช่วง มากกว่า 6 เดือนเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ผู้ดูแลคาดหวังถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดีขึ้น เช่นผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารด้วยตนเอง แต่ผู้ป่วยมักขอความช่วยเหลือ และผู้ดูแลรับบทบาทด้วยความรักเป็นความผูกพันกับผู้ป่วยมาก่อน จึงเป็นแรงจูงใจในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งในบริบทมุสลิมเมื่อบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วย ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต้องกระทำดีต่อกันด้วยความรัก ความเมตตา ความห่วงใย กำลังใจและความเป็นที่น้อมกัน (ธิดา, 2552) มุสลิมศรัทธาว่าศาสนาคือแนวทางการดำเนินชีวิต ทุกอิริยาบถในการกระทำ ฟัง พูด อ่าน เขียน และคิดใช้หลักศาสนาเป็นตัวกำหนดและชี้วัด วิธีปฏิบัติต่อความเครียดโดยการบอกตัวเองเสมอว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นการทดสอบจากพระเจ้า (สุจิตรา, ประณีต, และวิภาวี, 2550)

จึงทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อบทบาทที่ได้รับ ผู้ดูแลรู้สึกว่าการแสดงบทบาทนั้นยังคงเป็นที่ยอมรับและตรงกับความคาดหวังของสังคม ทำให้ผู้ดูแลประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวังอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง รายชื่อที่มีคะแนนสูงสุด คือ ผู้ป่วยมีความคาดหวังในตัวผู้ดูแลมาก ($M = 2.40$, $SD = 1.04$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย (ร้อยละ 71) ซึ่งในบริบทมุสลิมผู้ชายเป็นเพศที่ต้องรับบทบาททางสังคม หลักศาสนาอิสลามกำหนดว่าครอบครัวมุสลิมเป็นครอบครัวที่ผู้ชายปกครอง หรือเป็นศูนย์กลาง กรณีที่เป็นสามีภรรยา สามีต้องรับผิดชอบในการกระทำของภรรยา รวมทั้งมีบทบาทและอำนาจในการตัดสินใจ อิสลามกำหนดว่าสามีเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งต้องเลี้ยงดูภรรยาและลูกๆ ด้วยความรัก ความมั่นคง ความปลอดภัย ตลอดจนมีชีวิตที่ดีในโลกนี้และโลกหน้า สามีต้องให้ความคุ้มครองภรรยา (นิการิหมีะ, อรัญญา, และอุไร, 2551) จึงทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือในสิ่งที่เคยปฏิบัติต่อบทบาททางสังคมมาก่อน ทำให้ผู้ดูแลประเมินว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังในตัวผู้ดูแลมากในรายชื่อนี้มีคะแนนอยู่ในระดับสูงสุด

มีบางสิ่งๆ ที่ทำเพื่อผู้ป่วยแต่คิดว่าไม่น่าทำสิ่งนั้น มีคะแนนสูงรองลงมา ($M = 1.80$, $SD = 0.94$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก (ร้อยละ 29) และรับบทบาทด้วยหน้าที่และความรัก (ร้อยละ 35) เป็นการแสดงออกถึงการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี แต่ในบางครั้งการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ทุกอย่างจำเป็นต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยการพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด ผู้ดูแลจึงประเมินการแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวังในข้อที่มีบางสิ่งๆ ที่ทำเพื่อผู้ป่วยแต่คิดว่าไม่น่าทำสิ่งนั้นมีคะแนนสูงรองลงมา

ในรายชื่อก่อน มีบางสิ่งๆ ที่ต้องทำให้ผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยควรทำสิ่งเหล่านั้นเอง มีคะแนนต่ำสุด ($M = 1.13$, $SD = 1.06$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยสามารถช่วยตัวเองโดยมีคนช่วย (ร้อยละ 67) แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติช่วยเหลือผู้ป่วยนั้น โดยไม่พยายามปล่อยให้ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเองเพียงลำพังเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดได้ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมากกว่าการปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง จึงทำให้ผู้ดูแลประเมินการแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวังในบางสิ่งๆ ที่ต้องทำให้ผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยควรทำสิ่งเหล่านั้นเองมีคะแนนต่ำสุด

มีความช่วยเหลือบางอย่างที่ผู้ป่วยต้องการแต่เป็นความลำบากใจของผู้ดูแล มีคะแนนต่ำรองลงมา ($M = 1.13$, $SD = 1.06$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลซึ่งเป็นญาติพี่น้อง (ร้อยละ 33) ซึ่งไม่ใช่พ่อแม่ หรือสามีภรรยา ในบางครั้งการขอความช่วยเหลือบางอย่างอาจไม่เหมาะสมกับการให้การดูแลทำให้การแสดงบทบาทผู้ดูแลไม่เป็นไปตามความคาดหวังได้ ร่วมกับผู้ป่วยมี

ความสามารถในการช่วยตัวเองโดยมีคนช่วย (ร้อยละ 67) ทำให้ผู้ป่วยมีการพึ่งพาผู้ดูแลน้อย ผู้ดูแลจึงประเมินการแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวังในการช่วยเหลือบางอย่างที่ผู้ป่วยต้องการแต่เป็นความลำบากใจของผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำรองลงมา

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.06, SD = 0.83$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่า เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย ช่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยตัวเองโดยมีคนช่วย การที่ผู้ดูแลมีเวลาในการประกอบอาชีพ ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาห่างจากผู้ป่วยบางเวลา อยู่ด้วยวันละ 9 - 16 ชั่วโมง ร่วมกับมีลูก/หลานช่วยเหลือในการดูแล (ร้อยละ 22) แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ผู้ดูแลจะรับบทบาทเพิ่มในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแต่มีช่วงเวลาที่ห่างจากผู้ป่วยทำให้มีเวลาเป็นส่วนตัว ร่วมกับมีผู้ช่วยในการดูแลทำให้ช่วยแบ่งเบาความรับผิดชอบในการดูแล จึงทำให้ผู้ดูแลประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง

พิจารณารายชื่อพบว่ามีความถี่ให้กับตัวเองน้อยลงมีคะแนนสูงสุด ($M = 2.45, SD = 1.04$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมุสลิมมีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 45) ซึ่งเป็นวัยสูงอายุ มีความเสื่อมทางสภาพร่างกาย โรคที่พบร่วมกับการเจ็บป่วยคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 43) ยิ่งส่งผลให้ผู้ดูแลต้องระมัดระวังมากขึ้นทั้งเรื่องการดูแลอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาให้กับตัวเองน้อยลง เกิดความเครียดในการดำรงบทบาทเพิ่มมากขึ้นกับการมีเวลาที่ต้องเร่งรีบต่อการกระทำบทบาทอื่นและกิจกรรมที่เคยทำให้ตนเอง เช่น มีเวลาพักผ่อนน้อยลง จึงทำให้ผู้ดูแลประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้นในการมีเวลาให้กับตัวเองน้อยลงอยู่ในระดับสูงสุด

ทำให้ความเป็นส่วนตัวลดน้อยลงมีคะแนนสูงรองลงมา ($M = 2.31, SD = 0.95$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่า เพศชายในบริบทมุสลิมมีหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยกับผู้นำครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นภรรยามารับบทบาทแทนสามีโดยการหาเลี้ยงครอบครัว มีส่วนให้ผู้ดูแลมีเวลาเป็นส่วนตัวน้อยลง ทำให้ผู้ดูแลประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้นในความเป็นส่วนตัวลดน้อยลงมีคะแนนสูงรองลงมา

ผู้ดูแลรู้สึกว่าการป่วยเอาเปรียบมีคะแนนต่ำสุด ($M = 1.75, SD = 1.02$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเอง สามารถช่วยตนเองโดยมีคนช่วย (ร้อยละ 67) ผู้ดูแลจึงรู้สึกว่า

ผู้ป่วยไม่เอาเปรียบ จึงทำให้ผู้ดูแลประเมินความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านผู้รู้ดีกว่าผู้ป่วยเอาเปรียบมีคะแนนต่ำสุด

ในข้อที่ว่าความกังวลเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยทำให้มีอาการซึมเศร้า ($M = 1.82$, $SD = 1.05$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่า ในบริบทสถานการณ์ดูแลผู้ป่วยแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย ใส่ใจเป็นอย่างดี เป็นการตอบแทนบุญคุณซึ่งกันและกันตามหลักคำสอนทางศาสนา (มุฮัมมัดอาลี, 2544) ทำให้ไม่รู้สึกกังวลเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยจนเกิดอาการซึมเศร้า ร่วมกับผู้ดูแลสามารถประกอบอาชีพได้เป็นประจำ (ร้อยละ 41) แสดงว่าผู้ดูแลมีเวลาผ่อนคลายอารมณ์ จึงทำให้ผู้ดูแลประเมินความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มในความกังวลเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ทำให้มีอาการซึมเศร้ามีคะแนนต่ำรองลงมา

ผลการศึกษาเพิ่มเติม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล อภิปรายผลได้ดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

ผลการศึกษาเพิ่มพบว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.28$, $p < .01$) (ตาราง 10) (ภาคผนวก ง) หมายถึงสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทลดลง ในทางตรงกันข้ามสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีก็ทำให้มีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้เช่นกัน อธิบายได้ว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดและมีความสำคัญที่สุด (Friedman, 1989) โดยเฉพาะบทบาทหน้าที่สร้างคนให้มีคุณภาพทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์และสังคม สมาชิกในครอบครัวจะมีความสัมพันธ์ทางอารมณ์และจิตใจ มีความเอื้ออาทรต่อกัน ครอบครัวจะกำหนดคตินิยามหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวให้ปฏิบัติต่อกันและต่อสังคม (จันทนงค์, 2550) ซึ่งเห็นได้ว่าผู้ดูแลรับรู้ว่าได้ได้รับความรัก ความห่วงใยจากสมาชิกในครอบครัวในระดับสูงและรับรู้ว่ามีเวลาผ่านไปการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ง่ายมากขึ้น กรอบแนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว ของฟริดแมน (Friedman, 1989) มอร์ริว และวิลสัน (Morrow & Wilson, 1961) สนับสนุนว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของบุคคลให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดี หากสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี การเกิดความเครียดจะมีน้อย เพราะสัมพันธภาพภายในครอบครัวเป็นพื้นฐานความเข้าใจที่ดีต่อกัน มีความรัก ความผูกพัน มีอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดร่วมกัน มีการเอาใจใส่กัน ความเข้าใจและการประพฤติกปฏิบัติที่ดีต่อกัน มีการปรึกษาหารือ มีการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจร่วมกัน ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว

นอกจากนี้สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดียังทำให้บุคคลมีความมั่นใจในการต่อสู้อุปสรรคต่างๆ สิ่งเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้น และส่งเสริมให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัวดี ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลน้อยลงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวต่อปัจจัยอื่นๆ พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์บทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว เมื่อบุคคลกระทำตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (สุรียมาศ, 2542) ดังนั้นผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล จึงเห็นได้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัวดีมากเพียงใด ส่งผลให้ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลย่อมลดน้อยลง ในทางตรงกันข้ามสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีย่อมมีผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

ถึงแม้ว่าผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่ายังมีปัจจัยอื่นๆอีกที่มีผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ซึ่งหมายถึงส่งผลต่อการปรับตัวต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านผู้ดูแล เช่น อายุของผู้ดูแลส่วนใหญ่พบว่า เป็นวัยกลางคนมีภาวะสุขภาพจะพร้อมมากกว่าวัยอื่นในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล หรือผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนซึ่งมีผลต่อการปรับตัวต่อการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้น้อยกว่าผู้ดูแลที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนและปัจจัยด้านผู้ป่วยเอง เช่น ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้โดยมีคนคอยช่วยทำให้มีความต้องการการพึ่งพาผู้ดูแลลดลง หรือผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุยังมีผลต่อการระวังมากขึ้นในการให้การดูแล ส่งผลให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ ร่วมกับญาติพี่น้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแล (พี่น้องฝ่ายผู้ดูแล/ฝ่ายผู้ป่วย) (ร้อยละ 33) ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดต่อการรับบทบาทผู้ดูแลได้

นอกจากนี้การพบความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กันเพียงระดับต่ำ อาจเนื่องจากความเชื่อทางศาสนาที่กำหนดไว้ว่าต้องยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคลเช่นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเนื่องจากเป็นความประสงค์ของพระเจ้า เป็นบททดสอบชีวิต หรือบทลงโทษต่อการกระทำผิด (คลมบรรจง และแวอุซิง, 2535) ซึ่งครอบครัวมีการยอมรับในความเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น จึงส่งผลต่อตัวแปรตามที่เลือกมาในการศึกษาค้นคว้ามีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลในระดับต่ำ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับความพร้อมในการดูแล ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว และระดับความเครียดในบทบาท ผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว ความขัดแย้งในบทบาท ความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้น และการแสดงบทบาทไม่ตรงตามคาดหวัง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .87, .88, .92 และ .88 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามการแสดงบทบาทไม่ตรงตามคาดหวัง ตรวจสอบความเที่ยงโดยคำนวณร้อยละของความสอดคล้องระหว่างคะแนนในการวัดสองครั้ง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.57, SD = 0.62$)
2. สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.92, SD = 0.46$)
3. ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.08, SD = 0.54$)
4. ผลการศึกษาเพิ่มเติม พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.28, p < .01$)

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้

การศึกษานี้ได้ทำการศึกษาความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง เฉพาะรายที่มารับการตรวจตามแพทย์นัดที่โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ซึ่งไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่ผู้ดูแลไม่สามารถพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจตามนัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษาพบว่า ความพร้อมในการดูแลด้านการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินมีคะแนนต่ำสุด คือเหตุการณ์ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ ควรมีคำแนะนำที่บอกวิธีปฏิบัติอย่างเป็นลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งมีเบอร์โทรฉุกเฉินเพื่อการสอบถามข้อมูลในการช่วยเหลือผู้ป่วย ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลมากขึ้น

2. ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านการทำหน้าที่ของลูกสาว/ลูกชายมีคะแนนสูงสุด ซึ่งอาจทำให้การกระทำบทบาทผู้ดูแลเป็นไปไม่เหมาะสม จึงควรมีกิจกรรมหรือโครงการเพื่อส่งเสริมเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของบุตรที่ดีตามหลักศาสนาอิสลามในขณะที่เข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

3. ควรสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เป็นกิจกรรมเชื่อมสัมพันธ์ภายในครอบครัว ให้สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันซึ่งจะเพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล เนื่องจากผลการศึกษาสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

ด้านการบริหารการพยาบาล

ควรมีแนวทางพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยนอนอยู่โรงพยาบาล และต่อเนื่องจนกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยมีกิจกรรมที่ครอบคลุมการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นการช่วยเหลือผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องในการป้องกันการเกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

ด้านการศึกษา

ควรมีการจัดการเรียนการสอนหรือการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังร่วมกับการอบรมให้แก่พยาบาลในการเตรียมความพร้อมในการดูแลและส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงทดลองเพื่อทดสอบผลของวิธีการสร้างความพร้อมในการดูแลต่อการลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลขณะดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
2. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลในกลุ่มไทยพุทธกับผู้ดูแลกลุ่มไทยมุสลิมเพื่อดูความแตกต่างในบริบทเดียวกัน

บรรณานุกรม

- กาญจนา ไทยเจริญ. (2543). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร:
 งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม. (2552). *ตำราพยาธิสรีรวิทยาและการรักษาโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบตัน*
(Pathophysiology and management in carotid artery stenosis). เชียงใหม่: ภาควิชา
 ศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกสร ตามศักดิ์. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแล*
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ขวัญตา บาลทิพย์, สาลี เกลิมวรรณพงศ์, ลัพณา กิจรุ่งโรจน์ และศิริวรรณ พิริยคุณธร. (2546).
 การทบทวนองค์ความรู้งานวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาท
 และไขสันหลังในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2534 – พ.ศ. 2543.
วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 23(2), 1 - 22.
- จรรยา ทับทิมประดิษฐ์. (2547). *ผลการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรค*
หลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จันทนา ชาญประโคน. (2550). *สัมพันธภาพและกระบวนการจัดของครอบครัวในดูแลผู้ป่วยโรค*
หลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน,
 นครปฐม.
- จิตอารีย์ ตันติยาสวัสดิกุล. (2548). *การศึกษาสถานการณ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย นื่องอกของ*
สมองที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วิทยานิพนธ์
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- จันทร์เพ็ญ นพพรพรหม. (2548). *การศึกษาระบบการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*
ที่มารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยาสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- จันทนงค์ อินทร์สุข. (2550). ปัจจัยที่ทำนายบทบาทของผู้ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- จอม สุวรรณโน. (2546). ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะเปลี่ยนผ่านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 22(2), 7 - 13.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล. ขอนแก่น: ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท.
- ชีตะห์ สามะ. (2545). บทบาทและหน้าที่ของครอบครัวมุสลิมในชุมชนบ้านคลอง อ.ปะนะระะ จ.ปัตตานี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ดลมนรจณ์ บากา และเวอูเซ็ง มะแคเฮาะ. (2535). *อิสลามศึกษาเบื้องต้น*. มหาวิทยาลัยอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ได้รับทุนสนับสนุนจากมูลนิธิ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- คำรงค์ แวอาลี. (2548). *เย็บวยจิตใจด้วยอิสลาม*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข.
- ธิดา เหมือนพะวงศ์. (2552). *การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการมุสลิมที่เป็นเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นิการิห๊ะ นิจินิการี, อรัญญา เชาวลิต, และอุไร หัดกิจ. (2551). มุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยเรื้อรังไทยมุสลิม. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26, 431 – 439.
- นิจศรี ชาญณรงค์, และณัฐ พสุธานชาติ. (2550). โรคหลอดเลือดในสมอง. ใน *วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), โรคทางสมอง (หน้าที่ 36-60)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
- นิกา นิยมไทย. (2546). ระยะเวลาในการดูแล เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในครอบครัว ความเข้มแข็งในครอบครัว และความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาต. *วารสารทางการพยาบาล*, 7(2), 93 - 104.
- นันทพร ศรีน้อม. (2545). *ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- นวรรตน์ ด้วงชะอุม . (2544). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของภริยาทหารเรือสังกัดกองเรือยุทธการ ในขณะที่สามีออกปฏิบัติราชการทางทะเล*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุษรา ราชรักษ์. (2549). *สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พวงผกา ชื่นแสงเนตร. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ประภาศรี พุ่มมีผล, ภัทธาภรณ์ พุ่มปันคำ, และสมบัติ สฤตพรรณ. (2550). การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแล และความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก. *พยาบาลสาร*, 43(1), 64 – 75.
- ภรภัทร อิ่มโอฐ. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีสคาลัย*, 15(2), 130 – 141.
- มนูญ บัญชรเทวกุล. (2549). *การฟื้นฟูอาการอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ครึ่งซีก (พิมพ์ครั้งที่4)*.
กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- มุฮัมมัดอาลี อัลซฮาซิมิ. (2544). *มุสลิมในอุดมคติ*. กรุงเทพมหานคร. บริษัท มีเดียเทค จำกัด.
- ยุพาพิน สิริโพธิ์งาม. (2546). *การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย*.
รามาศิบัติพยาบาลสาร, 9(2), 156 - 166
- ยูซุฟ นิมะ, และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2550). *การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม*. เอกสารประกอบการสัมมนาโครงการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ วันที่ 5-6 พฤษภาคม 2550. สงขลา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่สงขลา และสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- รุจจา ภูโพน้อย. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดและการนำไปใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลศูนย์ยะลา. (2549-2551). *สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ยะลา. แผนกเวชระเบียนและสถิติ*
โรงพยาบาลศูนย์ยะลา.
- วินิตา ชูช่วย. (2547). *ศักยภาพในการดูแลและปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิทานิช. (2537). *การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล*.
วารสารพยาบาลศาสตร์, 12(4), 33 - 38.
- วิลาส ชูช่วย. (2543). *สังคมทางการเมืองของชาวไทยมุสลิมในจังหวัดสตูล*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาการศึกษาเพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,
ปัตตานี.
- ลำเจียก คำธร. (2550). *ความผูกพันในครอบครัว ความเชื่อที่ไร้เหตุผล และภาวะซึมเศร้าของ*
เยาวชนในศูนย์ฝึก และอบรมเด็กและเยาวชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2545). *แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA*.
กรุงเทพมหานคร: บริษัท โอลิสติก พับลิชชิ่ง.
- สุจิตรา เหมวิเชียร, ประณีต ส่งวัฒนา, และวิภาวี คงอินทร์. (2550). *พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและ*
หลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิม. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(5), 379 -388.
- สุคติรี หิรัญขุนนะ. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด*
เลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล,
กรุงเทพมหานคร.
- สุพล บุญมาเลิศ. (2550). *วิถีมุสลิม*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ประสานมิตร.
- สุรีย์มาศ นาคะคงรัตน์. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการ*
สนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีชมรมข้าราชการและครูอาวุโส
ของกระทรวงศึกษาธิการ. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- สำมะโนประชากรจังหวัดยะลา. (2550). *ถิ่นแดนใต้ สู่อุทิศวรรษใหม่*. *วารสารนครยะลา*,
9(77), 4 - 5.

- สำนักงานจังหวัดยะลา, สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดยะลา และศูนย์ศิลปวัฒนธรรมสถาบันราชภัฏยะลา. (2538).
- อิมรอน มะลูบีม, กิติมา อมรทัต, และจรัญ มลุลีม. (2550). *ปรัชญาอิสลาม*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ อิสลามิก อะเคเดมี.
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R. & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing and Health*, 13, 375-384.
- Barbara, E. (2004). A survivor's perspective II: Stroke. In Gillen, G. & Burkhardt (Ed.), *A stroke rehabilitation AV function – Based approach* (pp. 650 -675). Philadelphia, PA: Mosby.
- Bates, B., Choi, J, Y., Duncan, P, W., Glasberg, J, J., Graham, G, D., Katz, R, C., et al. (2005). Stroke. *American stroke association*, 36, 2049 - 2056.
- Chaiyawut, K. (2004). *The factors influencing role strain among male caregivers of cerebrovascular disease patients*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok.
- Friedman, M. L. (1989). The concept of family nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 211 - 216.
- Han, B. & Haley, W. E. (1999). Family caregiving for patients with stroke: A review and analysis. *Stroke*, 30, 1 - 12.
- Hardy, M. E. & Hardy, W. L. (1988). *Role theory : Perspectives for health professional*. Norwalk Appleton & Lange.
- Jacobson, C., Lindholm, L., Waldau, S. & Engstrom B. (2002). Cost-effectiveness of nursing interventions in a post-stroke eating training programme-a pilot study. *Journal of Nursing Management*, 8, 297 - 306.
- Kespichayawattana, J. (1999). *Katanyu Katavedi and caregiver for frail elderly parents: The perspectives of Thai families in metropolitan Bangkok*. A dissertation: Doctoral of philosophy. Oregon Health Sciences University, School of Nursing, Portland.
- Kopachon, C. (2002). *Influences on preparedness, rewards of caregiving, and factors in role strain of caregivers of patients with cerebrovascular disease*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok.

- Morrow, W. R. & Wilson, R. C. (1961). Family relations of bright high-achieving and under-achieving high school boys. *Child Development*, 32, 501-510.
- Murray, E. B. (2009). Stroke rehabilitation. In James. D. G. & Camilo, R. G (Ed.). *Stroke a practical approach* (pp. 316 -333). Philadelphia, PA: Buenos.
- Naylor, M., Brooten, D., Jines, R., Mourey, R., Mezey, M., & Pauly, M. (1994). Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. *Annals of Internal Medical*, 120(12), 999-1006.
- Oupra, R., Griffiths, R., Pryor, M., & Mott, S. (2007). Effectiveness of supportive educative learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. *Clinical Nursing*. 17(18), 2497-2508.
- Perkdetch, B., (2002). *The influences of amount of care, communication problems, and caregivers factors on role strain of stroke patients caregivers*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6 th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Saengratsamee, A. (2004). *Role strain of caregiver daughters of patients with cerebrovascular disease*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (2007). Mutuality and preparedness moderate the effects of caregiving demand on cancer family caregiver outcomes. *Nursing research*, 56(6), 425-433.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (2008). Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*, 35(1), 49-56.
- Shyu, Y. L., Archbold, P. G., & Imle, M. (1998). Finding a balanced point: A process central to understand family caregiving in Taiwanese families. *Research in Nursing and Health*, 21, 261-270.
- Sritares, W. (2003). *The factors influencing caregiver role strain of cerebrovascular disease patients' wives*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok.

- Subgranon, R. (1999). *Caregiving process of Thai caregivers to elderly stroke relatives: A grounded theory approach*. A dissertation; Doctor of philosophy, College of Nursing, The University of Utah.
- Westergren A., Ohlsson O., & Hallberg I. R. (2001). Eating difficulties, complications and nursing intervention during a period of three months after a stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 416 - 426.
- Wirojatana, V. (2002). *Development of Thai family care inventory*. Unpublished dissertation, Oregon Health & Science University, Oregon, Portland.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ใบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

สวัสดีค่ะ ดิฉันนางอรอนงค์ กุลณรงค์ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจศึกษาถึงความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อหาระดับความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้คำตอบของท่าน ไม่มีถูกหรือผิด แต่ขอให้มีความรู้สึกรจริง ในระหว่างที่ท่านให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปด้วยความสมัครใจของท่าน ไม่ว่าจะท่านจะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ตามจะไม่มีผลกระทบต่อท่าน หรือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับแต่อย่างใด หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้วเกิดเปลี่ยนแปลงใจภายหลัง ท่านมีสิทธิ์ในการถอนตัวออกจากกรวิจัยได้โดยไม่มีข้อแม้ใดๆทั้งสิ้น ข้อมูลทั้งหมดของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยหากท่านเกิดข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถที่สอบถามได้ตลอดเวลาจากตัวผู้วิจัยเองและสามารถติดต่อได้ตามเบอร์โทรนี้ 089-2990448

หากท่านยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยลงนามไว้เป็นหลักฐาน หรือประสงค์จะไม่ลงนามแต่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ดิฉันขอขอบคุณมากค่ะสำหรับความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

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

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....
(วัน/เดือน/ปี)

.....
(นางอรอนงค์ กุลณรงค์)

ผู้วิจัย

.....
(วัน/เดือน/ปี)

ภาคผนวก ข

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$\begin{aligned}
 Y &= \frac{R^2}{1 - R^2} \\
 &= \frac{.13}{.87} \\
 &= .149
 \end{aligned}$$

นำค่า Effect size ที่ได้มาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Polit, 1996) ดังนี้

$$N = \frac{L}{y} + (k + 1)$$

เมื่อ N = จำนวนตัวอย่าง

L = ค่าตารางเฉพาะสำหรับการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณตามจำนวนตัวแปรของค่าแอลฟาที่ระดับ .05 และ power .8 ซึ่งได้เท่ากับ 11.94 (Polit & Hungler, 1996)

y = ค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size)

k = จำนวนตัวแปรที่ทำนาย

$$\begin{aligned}
 N &= \frac{11.94}{.149} + (2 + 1) \\
 &= 79.6 + 2 + 1 \\
 &= 82.6
 \end{aligned}$$

ดังนั้นต้องได้คำนวณตัวอย่างอย่างน้อย 83 คน และ โพลิต (Polit & Hungler, 1996) ได้เสนอแนะไว้ว่าในการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ตัวแปรจำนวน 1 ตัวแปร จะต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 20 คน ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ตัวแปรทำนาย 2 ตัว ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จึงต้องมีอย่างน้อย 40 คน แต่เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน

ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี (เต็ม)
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่
 () หม้าย () หย่า
4. ระดับการศึกษา () ไม่ได้เรียนหนังสือ () เรียนศาสนาชั้น ระบุ.....
 () อนุปริญญาตรี () ปริญญาตรี
 () สูงกว่าปริญญาตรี () อื่นๆ ระบุ
5. ขณะนี้ท่านทำงานหรือไม่
 - 5.1 ทำงาน () ทำเป็นบางวัน () ทำเป็นประจำ
 - ลักษณะงานที่ทำ () รับราชการ ระบุ.....
 () เอกชน ระบุ.....
 () รัฐวิสาหกิจ ระบุ.....
 () ค้าขาย ระบุ.....
 () กิจการส่วนตัว ระบุ.....
 () รับจ้าง ระบุ
 - 5.2 ไม่ได้ทำงาน () วางงานก่อนมาดูแล () เกษียณอายุราชการ
 () หยุดทำงานเพราะต้องดูแลผู้ป่วย () อื่นๆ
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยบาท/ เดือน
7. ความเพียงพอของรายได้
 - () ไม่เพียงพอและไม่มีหนี้สิน
 - () ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน
 - () เพียงพอและไม่มีเหลือเก็บ
 - () เพียงพอและมีเหลือเก็บ

8. โรคประจำตัวของท่าน

() ไม่มี () มี ระบุ.....

ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย

() ไม่มี () มี ระบุ.....

9. ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ดูแลต่อวัน..... ชั่วโมง

10. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่

() ไม่มี () มี /เคยดูแลผู้ป่วยโรค.....

เป็นเวลา ระบุ.....

11. ท่านมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านหรือไม่

() ไม่มี () มี ระบุ.....

12. เหตุผลในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ

() หน้าที่ / ความรับผิดชอบ

() ความรัก/ ความผูกพัน

() ไม่มีใคร

() อื่นๆ ระบุ.....

13. ท่านต้องรับบทบาทในการดูแลบุคคลอื่นนอกเหนือจากผู้ป่วยหรือไม่

() ไม่มี () มี ระบุ.....

14. ท่านเคยได้รับคำแนะนำหรือฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่

() ไม่เคย () เคย ระบุ.....

15. ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล.....กิโลเมตร เป็นอุปสรรคในการพาผู้ป่วยมา

โรงพยาบาลหรือไม่

() ไม่เป็น () เป็น ระบุ.....

16. ท่านมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็น.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี (เต็ม)

2. เพศ () ชาย () หญิง

3. แพทย์แจ้งว่าป่วยเป็น โรค.....

4. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง.....

5. ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย

- () ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย
 () ช่วยเหลือตัวเองได้ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ
 () ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่จำเป็นต้องมีคนช่วยเหลือ
 () อื่นๆ ระบุ.....

6. โรคที่พบร่วมกับการเจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ไม่มี () ความดันโลหิตสูง
 () ไขมันในเลือดสูง () หัวใจ
 () เบาหวาน () อื่นๆ ระบุ.....

7. อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ท่อเจาะคอ () สายให้อาหาร
 () สายปัสสาวะ () อื่นๆ ระบุ.....

8. ความสามารถในการคิดและสื่อสาร

- ความจำ () จำได้ () สับสนบางครั้ง () จำไม่ได้เลย
 การพูด () พูดได้ชัดเจน () พูดได้บ้าง () พูดไม่ได้เลย
 การคิดและตัดสินใจ () ปกติ () ช้าลง () ไม่ได้เลย

9. สิทธิการรักษา

- () จ่ายเงิน () เบิกคืนสังกัด () บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 () อื่นๆ ระบุ.....

10. อาการแทรกซ้อนที่พบในระหว่างการเจ็บป่วย

- () ไม่มี () มี ระบุอาการ.....

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบว่าท่านมีความพร้อมในการดูแล ข้อคำถามต่อไปนี้อย่างใด ในช่วง 2 - 6 เดือนแรกที่ทำหน้าที่ผู้ดูแล โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับระดับความรู้สึกรของท่านมากที่สุด แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล มีจำนวน 8 ข้อ และมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	= 4	หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมากที่สุด
มาก	= 3	หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก
ปานกลาง	= 2	หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง
เล็กน้อย	= 1	หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย
ไม่มีเลย	= 0	หมายถึง ไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อความ	ไม่มี เลย (0)	เล็ก น้อย (1)	ปาน กลาง (2)	มาก (3)	มาก ที่สุด (4)
1.ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการดูแลความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยมากเพียงใด เช่น การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร					
2.ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการดูแลความต้องการด้านอารมณ์ของผู้ป่วยได้มากเพียงใด เช่น เมื่ออารมณ์หงุดหงิด เอะอะ โวยวาย					
3.ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมที่จะหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและจัดหาบริการการดูแลมากเพียงใด เช่น โรงพยาบาล เพื่อนบ้าน ให้กับผู้ป่วย					
4.ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างดูแลผู้ป่วยได้มากเพียงใด เช่น การออกกำลังกาย การพูดคุยกับผู้อื่น					
5.ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการดูแลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจทั้งตัวท่านเองและผู้ป่วยเช่น การดูแลทำให้ชีวิตมีความหมายได้มากเพียงใด					

ข้อความ	ไม่มี เลย (0)	เล็ก น้อย (1)	ปาน กลาง (2)	มาก (3)	มาก ที่สุด (4)
6. ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการจัดการกับภาวะ ฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้มากเพียงใด เช่น เวลาผู้ป่วยหายใจ เหนื่อย					
7. ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการขอความช่วยเหลือ และข้อมูลที่เป็นจำเป็นจากโรงพยาบาลหรือศูนย์สาธารณสุข ได้มากเพียงใด เช่น โรงพยาบาลเพื่อนบ้าน					
8. โดยรวมท่านคิดว่ามีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมาก เพียงใด					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถตอบจาก
ความคิดเห็นและความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยทำเครื่องหมาย (✓) ในช่อง
แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว มีจำนวน 15 ข้อ และมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า
แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|-----------------|-----|--|
| ไม่เห็นด้วย | = 1 | หมายถึงข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็น
ของผู้ตอบเลย |
| เห็นด้วยน้อย | = 2 | หมายถึงข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็น
ของผู้ตอบเป็นส่วนน้อย |
| เห็นด้วยปานกลาง | = 3 | หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็น
ของผู้ตอบปานกลาง |
| เห็นด้วยมาก | = 4 | หมายถึงข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็น
ของผู้ตอบเป็นส่วนมาก |

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย (1)	เห็น ด้วย น้อย (2)	เห็น ด้วย ปาน กลาง (3)	เห็น ด้วย มาก (4)
1. ท่านได้รับความรัก และความห่วงใยจากสมาชิกในครอบครัว				
2. สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่รู้ว่าท่านชอบและต้องการอะไร				
3. ท่านคิดว่าตนเองมีประโยชน์ต่อครอบครัว				
4. ที่ผ่านมามีความสุขและพอใจในครอบครัวของท่าน				
5. ในวันหนึ่งๆท่านแทบไม่ได้พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว				
6. ท่านได้รับความเคารพนับถือจากสมาชิกในครอบครัว				
7. สมาชิกในครอบครัวมักทำให้ท่านรู้สึกน้อยใจอยู่เสมอ				
8. ท่านสามารถกล่าวคำตักเตือนสมาชิกในครอบครัวได้				
9. ท่านสามารถขอคำปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวได้เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น				
10. ท่านได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว				
11. เมื่อท่านเจ็บป่วยจะได้รับความช่วยเหลือหรือดูแลจากสมาชิกในครอบครัว				
12. สมาชิกในครอบครัวมักมีความคิดขัดแย้งกับท่านเสมอ				

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย (1)	เห็น ด้วย น้อย (2)	เห็น ด้วย ปาน กลาง (3)	เห็น ด้วย มาก (4)
13. ท่านและสมาชิกในครอบครัวได้ไปพักผ่อนนอกบ้าน ด้วยกันอย่างสม่ำเสมอ				
14. ท่านมักจะทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว อย่างสม่ำเสมอ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ เล่นกีฬา และอื่นๆ				
15. ท่านกับสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อ กัน				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ประกอบด้วยแบบวัดทั้งหมด 4 ชุด ได้แก่ ความขัดแย้งในบทบาท การแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง ความตึงเครียดในบทบาท และความเครียดในบทบาทโดยรวม

1. ความขัดแย้งในบทบาท

การให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ในบทบาทอื่นๆ ให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วพิจารณาว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นอุปสรรคต่อการกระทำบทบาทนั้นๆหรือไม่ ถ้าเป็น เป็นอุปสรรคมากเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ไม่เลย/ไม่มีบทบาท = 0 หมายถึงท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นอุปสรรคในการกระทำ
บทบาทอื่นๆเลย (ไม่มีบทบาทไม่นำมาคิดคะแนน)

เล็กน้อย = 1 หมายถึงท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นอุปสรรคในการกระทำ
บทบาทอื่นๆเล็กน้อย

ค่อนข้างมาก = 2 หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นอุปสรรคในการกระทำ
บทบาทอื่นๆค่อนข้างมาก

มาก = 3 หมายถึงท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นอุปสรรคในการกระทำ
บทบาทอื่นๆมาก

มากที่สุด = 4 หมายถึงท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นอุปสรรคในการกระทำ
บทบาทอื่นๆมากที่สุด

ข้อความ	ไม่ เลย (0)	เล็ก น้อย (1)	ค่อนข้าง มาก (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)	ไม่มี บท บาท นี้
1. ทำหน้าที่ของภรรยา/สามีที่ท่านคิดว่าควรจะเป็นมากที่สุดเพียงใด						
2. ทำหน้าที่ของพ่อ/แม่ที่ท่านคิดว่าควรจะเป็นมากที่สุดเพียงใด						
3. ทำหน้าที่ของลูกสาว/ลูกชายที่ท่านคิดว่าควรจะเป็นมากที่สุดเพียงใด						
4. ทำหน้าที่ของพี่/น้องที่ท่านคิดว่าควรจะเป็นมากที่สุดเพียงใด						
5. ทำหน้าที่ของปู่/ย่า/ตา/ยายที่ท่านคิดว่าควรจะเป็นมากที่สุดเพียงใด						
6. ทำหน้าที่ของการเป็นญาติซึ่งนอกเหนือจากที่กล่าวมาในข้อ 1-5 เช่น ป้า น้า อา ที่ท่านคิดว่าควรจะเป็นมากที่สุดเพียงใด						
7. ทำหน้าที่ของการเป็นเพื่อนที่ท่านคิดว่าควรจะเป็นมากที่สุดเพียงใด						
8. ทำหน้าที่ของการเป็นผู้ประกอบอาชีพการงานที่ท่านคิดว่าควรจะเป็นมากที่สุดเพียงใด						
9. ทำหน้าที่ของคนทำงานในบ้านที่ท่านคิดว่าควรจะเป็นมากที่สุดเพียงใด						

ข้อความ	ไม่ เลย (0)	เล็กน้อย (1)	ค่อนข้าง มาก (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)	ไม่มี บทบาท นี้
10. ทำหน้าที่ของการเป็นนักศึกษาที่ท่านคิดว่า ควรจะเป็นมากน้อยเพียงใด						
11. เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปมีสยิด ในวันสำคัญต่างๆมากน้อยเพียงใด						
12. เข้าร่วมงานสังคม เช่น งานแต่งงาน งานศพ งานขึ้นบ้านใหม่มากน้อยเพียงใด						
13. ทำสิ่งดีๆให้กับตัวเอง เช่น การดูแลตนเอง มากน้อยเพียงใด						
14. ความรับผิดชอบอื่นๆ ที่ท่านมีอยู่มีผล รบกวนการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามที่ท่าน คิดว่าควรจะเป็นมากน้อยเพียงใด						

2. การแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง

กรุณาอ่านข้อคำถามต่อไปนี้ ซึ่งถามถึงความรู้สึกของท่านที่มีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยมุสลิม
โรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว แล้วพิจารณาตอบคำถามตามความรู้สึกของท่าน โดยทำ
เครื่องหมาย ในช่อง (✓) คำตอบซึ่งตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด และเขียนคำตอบในข้อที่
ต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม
ดังนี้

ไม่เลย	= 0	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยไม่ตรงตามคาดหวังเลย
เล็กน้อย	= 1	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยตรงตามคาดหวังเล็กน้อย
ค่อนข้างมาก	= 2	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยตรงตามคาดหวังค่อนข้างมาก
มาก	= 3	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยตรงตามคาดหวังมาก
มากที่สุด	= 4	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยตรงตามคาดหวังมากที่สุด

1. มีความช่วยเหลือใดบ้างที่ท่านคิดว่าท่านควรให้กับผู้ป่วยแต่ท่านไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้

- () มี
 () ไม่มี (ไปตอบข้อ 2)
 () ไม่แน่ใจ (ไปตอบข้อ 2)

ถ้ามีระบุ.....

ถ้ามี สิ่งนั้นรบกวนจิตใจท่านมากเพียงใด

- () ไม่เลย () เล็กน้อย () ค่อนข้างมาก
 () มาก () มากที่สุด

2. มีสิ่งใดบ้างที่ท่านทำเพื่อผู้ป่วยแต่หลังจากนั้นท่านคิดว่าท่านไม่น่าทำถึงนั้น

- () มี
 () ไม่มี (ไปตอบข้อ 3)
 () ไม่แน่ใจ (ไปตอบข้อ 3)

ถ้ามีระบุ.....

ถ้ามี สิ่งนั้นรบกวนจิตใจท่านมากเพียงใด

- () ไม่เลย () เล็กน้อย () ค่อนข้างมาก
 () มาก () มากที่สุด

3. มีสิ่งใดบ้างที่ผู้ป่วยพยายามทำด้วยตัวเอง แต่ท่านคิดว่าผู้ป่วยควรจะให้ท่านช่วยเหลือในสิ่งนั้น

- () มี
 () ไม่มี (ไปตอบข้อ 4)
 () ไม่แน่ใจ (ไปตอบข้อ 4)

ถ้ามีระบุ.....

ถ้ามี สิ่งนั้นรบกวนจิตใจท่านมากเพียงใด

- () ไม่เลย () เล็กน้อย () ค่อนข้างมาก
 () มาก () มากที่สุด

4. มีบางสิ่งที่คุณต้องทำให้ผู้ป่วย แต่ท่านคิดว่าผู้ป่วยควรทำสิ่งเหล่านั้นเอง มีหรือไม่

- () มี
 () ไม่มี (ไปตอบข้อ 5)
 () ไม่แน่ใจ (ไปตอบข้อ 5)

ถ้ามีระบุ.....

ถ้ามี สิ่งนั้นรบกวนจิตใจท่านมากเพียงใด

- () ไม่เลย () เล็กน้อย () ค่อนข้างมาก
() มาก () มากที่สุด

5. ท่านรู้สึกว่าคุณป่วยมีความคาดหวังในตัวท่านมากเกินไป

- () ไม่เลย () เล็กน้อย () ค่อนข้างมาก
() มาก () มากที่สุด

6. มีความช่วยเหลือบางอย่างที่ผู้ป่วยต้องการให้ท่านช่วยแต่เป็นความลำบากใจของท่านเนื่องจากเป็นสิ่งที่น่าอาย

- () มี
() ไม่มี (ไปตอบข้อ 7)
() ไม่แน่ใจ (ไปตอบข้อ 7)

ถ้ามี ท่านมีความเครียดจากความรู้สึกอายมากเพียงใด

- () ไม่เลย () เล็กน้อย () ค่อนข้างมาก
() มาก () มากที่สุด

7. ภาวะสุขภาพและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยทำให้ครอบครัวท่านมีความขัดแย้งเกิดขึ้นหรือไม่

- () ไม่เลย
() เล็กน้อย
() ค่อนข้างมาก
() มาก
() มากที่สุด

3. ความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้น

กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วพิจารณาว่าการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านหรือไม่ ถ้ามี มีมากเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

- ไม่เลย = 0 หมายถึงท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยไม่มีความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้นเลย
เล็กน้อย = 1 หมายถึงท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยมีความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

- ค่อนข้างมาก = 2 หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยมีความตึงเครียดในบทบาท
เพิ่มขึ้นค่อนข้างมาก
- มาก = 3 หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยมีความตึงเครียดในบทบาท
เพิ่มขึ้นมาก
- มากที่สุด = 4 หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยมีความตึงเครียดในบทบาท
เพิ่มขึ้นมากที่สุด

ข้อความ	ไม่ เลย (0)	เล็ก น้อย (1)	ค่อนข้าง มาก (2)	มาก (3)	มาก ที่ สุด (4)
1. ทำให้ท่านมีเวลาให้กับตัวเองน้อยลง					
2. สัมพันธภาพระหว่างท่านกับผู้ป่วยทำให้ท่าน ตึงเครียด					
3. ทำให้ความเป็นส่วนตัวของท่านลดน้อยลง					
4. ผู้ป่วยพยายามเรียกร้องให้ท่านทำในสิ่งที่ท่าน ไม่ยอมทำตาม					
5. ทำให้ท่านมีกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลิน น้อยลง					
6. ผู้ป่วยเรียกร้องให้ท่านช่วยเหลือในสิ่งที่ไม่ สมเหตุสมผลมากขึ้น					
7. บทบาทผู้ดูแลเพิ่มความตึงเครียดในชีวิตของ ท่าน					
8. ทำให้การหยุดพักผ่อนหรือไปเที่ยวลดน้อยลง					
9. ความกังวลเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างท่าน กับผู้ป่วยทำให้ท่านมีอาการซึมเศร้า					
10. ท่านรู้สึกผู้ป่วยเอาเปรียบท่าน					
11. ทำให้การทำงานส่วนตัวหรือทำงานบ้านลดลง					

ข้อความ	ไม่ เลย (0)	เล็ก น้อย (1)	ค่อนข้าง มาก (2)	มาก (3)	มาก ที่ สุด (4)
12. ผู้ป่วยเอาแต่ใจตัวเองต้องช่วยเหลือเกินความ จำเป็น					
13. ท่านรู้สึกกังวลในเรื่องต่างๆมากขึ้น					
14. ท่านรู้สึกมีเวลาพบปะเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้อง ลดน้อยลง					

4. ความเครียดในบทบาทโดยรวม

ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการเกี่ยวกับประสบการณ์โดยทั่วไปในการดูแลผู้ป่วย ให้ท่านอ่าน
และพิจารณาว่าข้อใดตรงกับประสบการณ์ของท่าน โดยทำเครื่องหมาย ลงในช่อง (✓)

คำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

- ไม่เลย = 0 หมายถึง ท่านรู้สึกว่าจะไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเลย
 เล็กน้อย = 1 หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเล็กน้อย
 ค่อนข้างมาก = 2 หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างมาก
 มาก = 3 หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมาก
 มากที่สุด = 4 หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

1. ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านขาดอิสระ

- () ไม่เลย () เล็กน้อย () ค่อนข้างมาก
 () มาก () มากที่สุด

2. ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นมีความยากลำบาก

- () ไม่เลย () เล็กน้อย () ค่อนข้างมาก
 () มาก () มากที่สุด

3. ท่านรู้สึกเครียดต่อการรับผิดชอบในสิ่งต่างๆ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วย

- () ไม่เลย () เล็กน้อย () ค่อนข้างมาก
 () มาก () มากที่สุด

4. ท่านรู้สึกว่าคุณขาดความอดทนในการดูแลผู้ป่วย

- () ไม่เลย () เล็กน้อย () ค่อนข้างมาก
() มาก () มากที่สุด

5. ความต้องการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ เมื่อเวลาผ่านไปท่านรู้สึกง่ายกับการดูแลผู้ป่วย

- () ไม่เลย () เล็กน้อย () ค่อนข้างมาก
() มาก () มากที่สุด

6. ถ้าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น ท่านมีความมั่นใจมากเพียงใดที่ให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่าที่ท่านทำอยู่ในขณะนี้

- () ไม่เลย () เล็กน้อย () ค่อนข้างมาก
() มาก () มากที่สุด

ภาคผนวก ง
ผลการศึกษาเพิ่มเติม

ตาราง 6

คะแนนค่า-สูงสุดของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความขัดแย้งในบทบาท จำแนกตามราย
ชื่อและโดยรวม (N = 100)

ความขัดแย้งในบทบาท	M	SD	ระดับ
ทำหน้าที่ของการเป็นผู้ประกอบอาชีพการงาน	1.65	.68	ปานกลาง
ทำหน้าที่ของปู่/ย่า/ตา/ยาย	1.93	1.53	ปานกลาง
ทำหน้าที่ของการเป็นญาติซึ่งนอกเหนือจากที่กล่าวมา	2.49	1.18	ปานกลาง
ทำหน้าที่ของพ่อ/แม่	2.62	1.55	ปานกลาง
ทำหน้าที่ของภรรยา/สามี	2.69	1.56	ปานกลาง
ทำหน้าที่ของคนทำงานในบ้าน	2.73	1.09	สูง
ความรับผิดชอบอื่นๆ ที่ท่านมีอยู่มีผลรบกวนการดูแลผู้ป่วย	2.74	.98	สูง
เข้าร่วมงานสังคม เช่น งานแต่งงาน งานศพ งานขึ้นบ้านใหม่	2.86	.94	สูง
ทำหน้าที่ของการเป็นเพื่อน	2.87	.97	สูง
ทำสิ่งดีๆ ให้กับตัวเอง เช่น การดูแลตนเอง	2.95	.89	สูง
ทำหน้าที่ของการเป็นนักศึกษา	2.97	1.03	สูง
เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปมีสยิด ในวันสำคัญต่างๆ	3.01	.99	สูง
ทำหน้าที่ของพี่/น้อง	3.05	.96	สูง
ทำหน้าที่ของลูกสาว/ลูกชาย	3.12	1.04	สูง
โดยรวม	2.59	.67	ปานกลาง

ตาราง 7

คะแนนต่ำ-สูงสุดของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง จำแนกตามรายชื่อและ โดยรวม ($N = 100$)

การแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
มีบางสิ่งที่ต้องทำให้ผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยควรทำสิ่งเหล่านั้นเอง	1.13	1.06	ต่ำ
มีความช่วยเหลือบางอย่างที่ผู้ป่วยต้องการแต่เป็นความลำบากใจ	1.18	1.16	ต่ำ
ความช่วยเหลือที่ควรให้กับผู้ป่วยแต่ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือ	1.42	1.26	ปานกลาง
มีบางสิ่งซึ่งผู้ป่วยพยายามทำด้วยตัวเอง แต่คิดว่าควรจะช่วยเหลือ	1.57	1.30	ปานกลาง
ภาวะสุขภาพและความต้องการการช่วยเหลือทำให้มีความขัดแย้ง	1.62	1.11	ปานกลาง
มีบางสิ่งที่ทำเพื่อผู้ป่วยแต่คิดว่าไม่น่าทำสิ่งนั้น	1.80	.94	ปานกลาง
ผู้ป่วยมีความคาดหวังในตัวผู้ดูแลมากเกินไป	2.40	1.04	ปานกลาง
โดยรวม	1.87	.69	ปานกลาง

ตาราง 8

คะแนนต่ำ-สูงสุดของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความตึงเครียดในบทบาทเพิ่มขึ้น
จำแนกตามรายชื่อและ โดยรวม ($N = 100$)

ความตึงเครียดในบทบาทเพิ่ม	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
รู้สึกผู้ป่วยเอาเปรียบ	1.75	1.02	ปานกลาง
สัมพันธ์ภาพระหว่างท่านกับผู้ป่วยทำให้มีอาการฉิมเสรำ	1.82	1.05	ปานกลาง
ผู้ป่วยเรียกร้องให้ช่วยเหลือในสิ่งที่ไม่สมเหตุผลมากขึ้น	1.97	1.05	ปานกลาง
ผู้ป่วยพยายามเรียกร้องให้ทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ	2.00	1.12	ปานกลาง
สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ผู้ป่วยทำให้ตึงเครียด	2.02	1.11	ปานกลาง
รู้สึกกังวลในเรื่องต่างๆมากขึ้น	2.03	.98	ปานกลาง
บทบาทผู้ดูแลเพิ่มความตึงเครียดในชีวิต	2.04	1.04	ปานกลาง
การทำงานส่วนตัวหรือทำงานบ้านลดลง	2.05	.98	ปานกลาง
รู้สึกมีเวลาพบปะเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องลดน้อยลง	2.07	.96	ปานกลาง
ผู้ป่วยเอาแต่ใจตัวเองต้องช่วยเหลือเกินความจำเป็น	2.09	1.00	ปานกลาง
การหยุดพักผ่อนหรือไปเที่ยวลดน้อยลง	2.12	.85	ปานกลาง
มีกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลินลดน้อยลง	2.23	.98	ปานกลาง
ความเป็นส่วนตัวของลดน้อยลง	2.31	.95	ปานกลาง
มีเวลาให้กับตัวเองน้อยลง	2.45	1.04	ปานกลาง
โดยรวม	2.06	.83	ปานกลาง

ตาราง 9

คะแนนต่ำสุด-สูงสุดของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียด โดยรวม จำแนกตามราย
ชื่อและ โดยรวม ($N = 100$)

ความเครียดในบทบาท โดยรวม	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น ทำให้มั่นใจมากขึ้น	1.57	1.17	ปานกลาง
ความต้องการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงมีความรู้สึ้ง่ายกับการดูแล	1.63	1.14	ปานกลาง
การดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดอิสระ	1.74	1.03	ปานกลาง
เครียดต่อการรับผิดชอบในสิ่งต่างๆ	1.93	1.13	ปานกลาง
ขาดความอดทนในการดูแลผู้ป่วย	1.94	1.34	ปานกลาง
การดูแลผู้ป่วยนั้นมีความยากลำบาก	1.95	1.16	ปานกลาง
โดยรวม	1.79	.76	ปานกลาง

ตาราง 10

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรค
หลอดเลือดสมอง ($N = 100$)

ตัวแปร	ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.28**

** $p < .01$

ภาคผนวก จ
 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไร หักกิจ

อาจารย์ประจำภาควิชาการบริหารการศึกษาพยาบาลและบริการการพยาบาล
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ดร.นิภา นิยมไทย

อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อูมา จันทวิเศษ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
 สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

รอสานี เจาะอาแซ

อาจารย์ประจำโครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

นายแพทย์คำรง แวอาลี

แพทย์ประจำหน่วยงานจิตเวช
 โรงพยาบาลศูนย์ยะลา จังหวัดยะลา

