



การรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสภาพทางอารมณ์  
ของผู้ดูแลบุคคลอัมพาตที่อ่อนล้า

Perceived Caregiving Burden, Perceived Self - Efficacy, and Caregivers' Mood in  
Caring for Persons with Paraplegia

กิตติชัย บุญศรี

Kittichai Bunsri

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษิตตามหลักสูตรปริญญา  
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

2552

๘

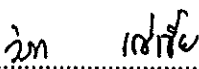
เลขที่	RC406.P3 1163	ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Bib. Key	307690	๒๕๕๒ (๑. ๒)
	127.0.0.2552	

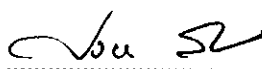
(1)

ชื่อวิทยานิพนธ์ การรับรู้ภาวะการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสภาพทางอารมณ์  
ของผู้ดูแลบุคคลอัมพาตท่อนล่าง  
ชื่อผู้เขียน นายกิตติชัย บุญศรี  
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

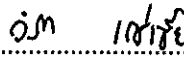
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

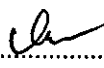
คณะกรรมการสอบ

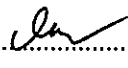
  
.....  
(ดร.วิภา แซ่เซี้ย)

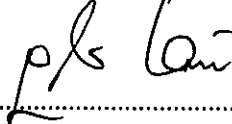
  
.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

  
.....กรรมการ  
(ดร.วิภา แซ่เซี้ย)


  
.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไร หัตถกิจ)

  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ช่อลดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

  
.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.เกริกชัย ทองหนู)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	การรับรู้ภาวะการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลบุคคลอัมพาตท่อนล่าง
ผู้เขียน	นายกิตติชัย บุญศรี
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2551

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ภาวะการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลบุคคลอัมพาตท่อนล่าง โดยศึกษาในผู้ดูแลบุคคลอัมพาตท่อนล่างจำนวน 70 ราย ที่เคยเข้ารับบริการ ในโรงพยาบาลในภาคใต้ 6 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดเครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดการรับรู้ภาวะการดูแล 3) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล 4) แบบวัดสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล มีค่าความเที่ยงของแบบวัดการรับรู้ภาวะการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และแบบวัดสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล เท่ากับ .96, .86 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุ

ผลการวิจัย พบว่า

1. การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $M = 24.23, SD = 7.55$ ) เมื่อพิจารณา ใน 2 มิติของการรับรู้ภาวะการดูแล พบว่า การรับรู้ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล ( $M = 24.01, SD = 7.75$ ) และการรับรู้ความยากลำบากในการดูแล ( $M = 24.46, SD = 7.86$ ) อยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลทั่วไป ( $M = 11.21, SD = 3.21$ ) เป็นภาระสูงสุด รองลงมา คือ การดูแลระหว่างบุคคล ( $M = 7.73, SD = 2.38$ ) ส่วนการรับรู้ภาวะต่ำสุด คือ การดูแลโดยตรง ( $M = 5.10, SD = 1.96$ )

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 55.86, SD = 7.71$ ) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลรายด้าน พบว่าผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะด้านการดูแลทั่วไป ( $M = 25.54, SD = 3.77$ ) สูงสุด รองลงมา คือการดูแลระหว่างบุคคล ( $M = 17.07, SD = 2.48$ ) ส่วนด้านการดูแลโดยตรง ( $M = 13.24, SD = 1.94$ ) มีการรับรู้ต่ำสุด

3. ผู้ดูแลมีสภาพทางอารมณ์ทางบวก ( $M = 28.72, SD = 14.52$ )

4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และการรับรู้ภาวะการดูแล สามารถร่วมกันทำนายสภาพทางอารมณ์ได้ร้อยละ 18 ( $\text{adjusted } R^2 = .18, p = .00$ ) โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ

ผู้ดูแลเท่านั้นที่สามารถทำนายสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ ( $b = 19.85, p = .002$ )

ผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีสภาพทางอารมณ์ในทางบวก ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีสภาพทางอารมณ์ดี

<b>Thesis Title</b>	Perceived Caregiving Burden, Perceived Self - Efficacy, and Caregivers' Mood in Caring for Persons with Paraplegia
<b>Author</b>	Mr. Kittichai Bunsri
<b>Major Program</b>	Master in Nursing Science (Adult Nursing)
<b>Academic Year</b>	2008

### **Abstract**

The purposes of this descriptive research were to examine predictive ability of perceived caregiving burden and perceived caregivers' self-efficacy influencing on caregivers' mood in caring for persons with paraplegia. The subjects were 70 caregivers of persons with paraplegia attending in 6 hospitals in Southern Thailand. The questionnaires consisted of 1) Demographic Data Form, 2) Perceived Caregiving Burden Questionnaire, 3) Perceived Caregivers' Self-Efficacy Questionnaire, and 4) Caregivers' Mood Questionnaire. The content validity was tested by 3 experts. The reliabilities of Perceived Caregiving Burden Questionnaire, Perceived Caregivers' Self-Efficacy Questionnaire, and Caregivers' Mood Questionnaire were .96, .86, and .94 respectively. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and multiple regression.

The results showed that:

1. Overall mean score of perceived caregiving burden was at low level ( $M = 24.23$ ,  $SD = 7.55$ ) when identifying in two dimensions, it was found that perceived caregiving burden on time spent ( $M = 24.01$ ,  $SD = 7.75$ ) and difficulty ( $M = 24.46$ ,  $SD = 7.86$ ) were at a low level. When identifying subscales, it was found that the caregivers' perceived caregiving burden on the instrumental care was at the highest score ( $M = 11.21$ ,  $SD = 3.21$ ), followed by the interpersonal care ( $M = 7.73$ ,  $SD = 2.38$ ), and the direct care ( $M = 5.10$ ,  $SD = 1.96$ ).

2. Overall mean score of perceived self-efficacy was at high level ( $M = 55.86$ ,  $SD = 7.71$ ) and when identifying subscales, it was found that the caregivers' perceived self-efficacy on instrumental care was in the highest score ( $M = 25.54$ ,  $SD = 3.77$ ), the second self-efficacy score was on the interpersonal care ( $M = 17.07$ ,  $SD = 2.48$ ), and the lowest score was on the direct care ( $M = 13.24$ ,  $SD = 1.94$ ).

3. Caregivers reported positive mood ( $M = 28.72$ ,  $SD = 14.52$ ).

4. Multiple regression analysis showed that perceived lower burden and perceived higher self-efficacy accounted for 18% of the variance of caregivers' positive mood (adjusted  $R^2 = .18$ ,  $p = .00$ ) in which perceived self-efficacy significantly predicted caregivers' mood ( $b = 19.85$ ,  $p = .002$ ).

These findings indicate that perceived higher self-efficacy influenced positive mood for the caregivers. Therefore, nurses should promote self-efficacy strategies to increase positive mood for the caregivers.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ดร.วิภา แซ่เซี้ย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้ความกรุณาคำแนะนำ คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย รวมทั้งคอยติดตาม ดูแลเอาใจใส่ และให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยทราบซึ้ง และประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ตลอดจนอาจารย์ท่านอื่นๆ ที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความเอื้ออาทร และกำลังใจที่มีให้เสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณคุณอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่าง การศึกษาคอยชี้แนะแนวทาง และหล่อหลอมให้เกิดปัญญาขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ได้แก่ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุณฺณโสภรณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรนภา กุฬพันธ์วิ คุณอุมา จันทวิเศษ ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการ ศึกษาวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง ที่กรุณาให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้สถิติการวิจัย รวมทั้งกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้งาน วิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบ ขอบพระคุณ ดร.สุศศิริ หิรัญขุนหะที่ให้คำแนะนำสั่งสอนในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทั้ง 6 แห่งที่ให้ความร่วมมือ และ อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ขอกราบขอบพระคุณ คุณจินตา เกียรติศักดิ์โสภณ หัวหน้าพยาบาลที่ คอยส่งเสริม ให้ความช่วยเหลือในการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ดูแล และผู้ป่วยอัมพาตครั้งก่อน ล่างทุกท่าน ที่เสียสละเวลา ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และช่วยประสานเครือข่ายของ ผู้ป่วยอัมพาตครั้งก่อนล่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขออุทิศประโยชน์จากวิทยานิพนธ์นี้ให้แก่คุณตาพลอย ไชยรัตน์ ที่ล่วงลับที่เป็นแรงบันดาลใจในการศึกษา สนับสนุนในทุกๆด้าน และขอกราบขอบพระคุณ คุณสุภรณ์ ไชยรัตน์ มารดาที่รักและเข้าใจ ผู้เป็นกำลังใจสำคัญยิ่ง และให้ความช่วยเหลือในทุกๆสิ่ง ตลอดระยะเวลาการศึกษานี้ คุณเกียรติศักดิ์ บุญศรี น้องชายที่คอยเป็นกำลังใจ ขอขอบคุณเพื่อนร่วม รุ่นทุกท่านที่ให้กำลังใจเสมอมา ขอขอบคุณสำหรับความรัก ความห่วงใย กำลังใจ และความช่วยเหลือ จาก คุณเสาวกานต์ อ่อนเกตุพล ที่ทำให้ผู้วิจัยสามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆไปได้ด้วยดี

กิตติชัย บุญศรี

## สารบัญ

	หน้า
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	9
ความสำคัญของการวิจัย.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับอัมพาตท่อนล่าง.....	10
แนวคิดความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง.....	14
ผลกระทบของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง.....	17
แนวคิดเรื่องภาระการดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	18
สภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง.....	33
ความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาระ การรับรู้สมรรถนะ และสภาพทางอารมณ์ของ ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง.....	35
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	36
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	39
คุณภาพเครื่องมือ.....	44



## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	45
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	50
ผลการวิจัย.....	50
การอภิปรายผล.....	66
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	75
สรุปผลการวิจัย.....	75
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	76
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	76
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	77
บรรณานุกรม.....	78
ภาคผนวก.....	88
ก ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	89
ข ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	95
ค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิทยานิพนธ์.....	97
ง การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง.....	106
จ ตารางการคิดคะแนนสภาพอารมณ์.....	107
ฉ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการ.....	108
ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม.....	190
ประวัตินักวิจัย.....	110

## รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	51
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลความเจ็บป่วยและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย.....	53
3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	54
4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ.....	57
5	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย.....	58
6	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลจำแนกโดยรวมและรายด้าน.....	59
7	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล จำแนกโดยรวมและรายด้าน.....	60
8	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลจำแนกโดยรวม และรายด้าน.....	60
9	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล การรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล กับสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล.....	62
10	ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเข้าพร้อมกัน ระหว่างปัจจัยทำนายกับสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง.....	63
11	ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงชั้น ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง.....	64

## รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
2	ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในสมรรถนะและความคาดหวังในผลลัพธ์กับ พฤติกรรม.....	32

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บไขสันหลัง เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดอัมพาตแบบทั้งตัว (quadriplegia) หรือ อัมพาตท่อนล่าง (paraplegia) ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับไขสันหลังที่มีพยาธิสภาพ และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (อภิขนา, 2548) สาเหตุของการได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ร้อยละ 36 - 50.7 เกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ร้อยละ 31-35 ตกจากที่สูง และอื่นๆ เช่น ถูกยิง ของหนักตกทับ/หกดัม และเกิดจากการเล่นกีฬา เป็นต้น โดยร้อยละ 50.2 อัมพาตแบบทั้งตัว และร้อยละ 49.8 อัมพาตท่อนล่าง (Pajareya, 1996) ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างต้องใช้ชีวิตหลังการเป็นอัมพาตด้วยความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม (ธัญพร, 2543) เนื่องจากมีความพิการสูญเสียการรับรู้สึกของขาไม่สามารถเดิน ยืน นั่ง สูญเสียหน้าที่การทำงานของกระเพาะปัสสาวะ และลำไส้ใหญ่รวมทั้งสมรรถภาพทางเพศ (วนิดา, 2546; Zejdlik, 1992) มีภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการปวด การเกร็งกระตุกของขา มีแผลกดทับ และการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น (อัจฉรา และคณะ, 2545; Anson & Shepherd, 1996; Bloemen-Vrencken, 2003) จากการศึกษาข้อมูลการจัดกลุ่มโรคพบว่า มีผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง 1,943 ราย เป็นผู้ชาย 1,306 ราย และผู้หญิง 637 ราย คิดเป็นอัตราส่วน 2:1 จากจำนวนผู้ป่วยใน 4,128,437 ราย (สำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข, 2544) และจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ต้องสูญเสียอาชีพ บทบาททางสังคม และบทบาทในครอบครัว (ธัญพร, 2543) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้ป่วย จากที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ความเป็นอิสระ มาเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นจากสภาพร่างกายที่อัมพาตท่อนล่าง ทำให้ต้องการมีผู้ดูแล ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่ทำหน้าในการดูแลผู้ป่วยคือ สมาชิกในครอบครัวเนื่องจากลักษณะสังคมไทยส่วนใหญ่ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยผู้ที่คอยดูแลผู้ป่วยก็จะเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา ภรรยา หรือบุตรหลาน (ธัญพร, 2543; พวงทอง, 2541; วนิดา, 2546; อัจฉรา และคณะ, 2545)

การดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ผู้ดูแลต้องรับบทบาทเพิ่มขึ้น ทั้งในบทบาทผู้ดูแล และบทบาทเดิมที่ต้องกระทำ ทำให้มีภาระเพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาในการดูแลตนเองน้อยลง การพบปะเพื่อนฝูงลดลง ต้องมีการวางแผนล่วงหน้าในการทำกิจกรรมอื่นหรือ การออกเดินทางไปในที่ต่างๆ เนื่องจากต้องแบ่งเวลาให้กับการดูแลผู้ป่วย ทำให้กิจกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป ทั้งยังต้องพยายามที่จะหาแหล่ง

ความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแล ตอบสนองความต้องการ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตภายใต้ข้อจำกัดของผู้ป่วย และดูแลดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน (Chan, Lee, & Lieh-Mak, 2000) การศึกษาของฟวงทง (2541) พบว่า ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือในส่วนของการใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยสูญเสียบทบาทหน้าที่ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามเดิม ขาดรายได้ และมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ดูแลยังเกิดความวิตกกังวลจากการรับมือกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกายอย่างทันหัน (Manigandan et al., 2000) โดยพฤติกรรมที่พบได้บ่อยคือ ซึมเศร้า โกรธ หงุดหงิด ก้าวร้าว เห็นบุคคลรอบข้างเป็นศัตรู และแยกตัว (ธัญพร, 2543) จากการสำรวจข้อมูลคู่สมรสของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีช่วงเวลาการสมรสอยู่ในช่วง 2 ถึง 54 ปี (เฉลี่ย 29 ปี) ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และทำหน้าที่ในการดูแลทั้งหมด พบว่า เกิดปัญหาจิตใจและอารมณ์ เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย อ่อนเพลีย โกรธ เกรียด และมีภาวะซึมเศร้า (Weizenkamp, Gerhart, Charlifue, Whiteneck, & Savic, 1997) จากการที่ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย และต้องทำงานของตนเองตามปกติส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลได้ (Chan, 2000) จากสถานการณ์การดูแลดังกล่าวเป็นเหตุให้ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างรับรู้ถึงการดูแลที่มากขึ้นอาจส่งผลให้เกิดสภาพอารมณ์ทางลบ

การเปลี่ยนแปลงทางสภาพอารมณ์ หมายถึงความรู้สึกอย่างหนึ่งที่แสดงออกมาเมื่อร่างกายถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก และอารมณ์ที่แสดงออกจะมีทั้งลักษณะที่เป็นทาง บวกและทางลบ (วารุณี, 2547) คือ สภาพอารมณ์ที่ดี (pleasant emotion) เช่น ร่าเริงแจ่มใส มีชีวิตชีวา ส่วนอีกด้านหนึ่งเป็นสภาพอารมณ์ที่ไม่ดี (unpleasant emotion) เช่น โกรธ ไม่เป็นมิตร ซึมเศร้า หม่นหมอง ดึงเครียด กังวล สภาพอารมณ์ที่ไม่ดีเป็นการตอบสนองมาจากการประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแลว่าเป็นความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะมีผล กระทบทั้งต่อผู้ดูแลและผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลขาดความพร้อมที่จะให้ความดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และต้องให้การดูแลด้วยความไม่เต็มใจ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยลดลง ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสภาพอารมณ์จากการดูแลนั้นมีหลายประการ ได้แก่ การรับรู้ภาระในการดูแล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล (Sherwood, Given, Given & Eye, 2005) สภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลสามารถปรับเปลี่ยนได้หากได้รับการจัดการที่ดี เช่น ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะการดูแล และการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาระในการดูแลให้เป็นความรู้สึกที่ท้าทาย ก็มีผลต่อสภาพทางอารมณ์ที่ดีของผู้ดูแล ทำให้มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่ดีด้วย

ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หากบุคคลไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ ได้ ก็จะเกิดความเครียดและมีการสนองตอบด้วยการรับรู้ต่างๆ เช่น การปฏิเสธ ความโกรธ เศร้า วิตกกังวล ท้อแท้ ถูกคุกคาม และความ รู้สึกผิด โอบิวิธส์

(Oberst, 1990) ได้พัฒนาแนวคิด เรื่องภาระการดูแลจากแนวคิดของลาซารัส และ โฟล์คแมน โดยมอง การดูแลว่าเป็นเหตุการณ์ที่กระตุ้นการรับรู้ของบุคคลซึ่งมีผลต่อการประเมินเหตุการณ์และการ ตอบสนองต่อการประเมินนั้นๆ โอเบิร์ตทออธิบายภาระการดูแลว่าเป็นการรับรู้ของผู้ดูแล ถึงปริมาณ เวลาที่ใช้ และความยากลำบากในการดูแล โดยแบ่งกิจกรรมการดูแลออกเป็น 3 ด้านคือ การดูแล โดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลทั่วไป สำหรับกิจกรรมการดูแลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อัมพาตท่อนล่างในด้านการดูแลโดยตรง ได้แก่ การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การเตรียมอาหาร ยกอาหารและน้ำมาวางให้ผู้ป่วยรับประทาน นำน้ำไปส้วม ไป เททิ้ง และการเคลื่อนย้าย เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ไม่ให้เกิดกับผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง โดยการช่วยเหลือในการ ออกกำลังกาย (ชวนพิศ, 2544; ธีญพร, 2543; พวงทอง, 2541; Kemp, 2002; Thompson, 1999) การดูแลระหว่าง บุคคล หมายถึงการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด เน้นการดูแลทางจิตใจ คอยช่วยปลอบโยน (Post, Bloemen, & Witte, 2005) ให้แง่คิดมุมมองในแง่บวก และการย้ำเตือนว่าพวกเขายังมีคุณค่าต่อครอบครัว (อัจฉรา และคณะ, 2545) จากการศึกษาของ คาร์เรย์ โอเบิร์ต แมกคอบบิน และ ฮูจส์ (Carey, Oberst, McCubbin, & Hughes, 1991) พบว่า การดูแลด้านจิตใจเป็นภาระที่ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีมากที่สุด ส่วนการ ดูแลทั่วไป จะเน้นการดูแลทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยผู้ดูแลบางรายอาจต้องรับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความพิการไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ทำให้ต้อง ขาดรายได้ จากการที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างมากกว่าบทบาทเดิมที่มีอยู่ทำ ให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวลได้ ประกอบกับการเข้ารับบทบาทการดูแลที่กะทันหันทำให้ ผู้ดูแลปรับตัวต่อบทบาทที่เปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันไม่ได้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการ ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างเป็นภาระที่ตนต้องเผชิญอยู่

นอกจากนี้ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่าถ้าบุคคลมีความเชื่อมั่น ในความสามารถของตนหรือประเมินว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นๆ ได้การตอบสนอง ความเครียดนั้นจะออกมาในลักษณะทำลาย แต่ถ้าเชื่อว่าตนไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ได้อาจจะ ประเมินว่าเป็นความทุกข์ ความสูญเสีย หรือเป็นอันตราย ส่งผลให้เกิดความเครียดและการเปลี่ยนแปลงสภาพ อารมณ์ในทางลบ สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977) ซึ่งกล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของผู้ดูแล (perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะประกอบกิจกรรม ภายใต้อาณัติเฉพาะ การมีความรู้และความสามารถจะไม่ช่วยให้ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ กิจกรรมหากขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะใช้ความรู้ความสามารถนั้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลมีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแล (เบ็ญจา, 2547; ปิยรัตน์, 2545) ผู้ดูแลที่รับรู้ว่าคุณมีสมรรถนะในการดูแลสูงมีแนวโน้มในการประเมิน

สถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นว่า ไม่ใช่เรื่องยาก สามารถปรับให้เข้ากับชีวิตประจำวัน ได้ ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น (จอม, 2540; จินนะรัตน์, 2540; อารมณ, 2540; Bull, 1990) ผู้ดูแลที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงสามารถเผชิญกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ยาวนาน จึงทำให้เกิดความท้าทายในการดูแลผู้ป่วย (Gignac & Gottlieb, 1996; Zeiss, Gallagher-Thompson, Lovett, Rose, & McKibbin, 1999) จากการศึกษาของปีร์ตัน (2545) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลที่มีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ หรือรับรู้สมรรถนะในการดูแลที่สูง จะรู้สึกว่ามีภาระการดูแลน้อยลง และจากการศึกษาของ กัวพรหม (Kuaprom, 1999) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยพาร์กินสัน การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความเครียดของญาติผู้ดูแล พบว่า ความต้องการในการดูแลจากปัญหาของความจำและพฤติกรรมของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของญาติผู้ดูแล แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการรับรู้ภาระการดูแลน้อย อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่ดี ทำให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล ส่วนใหญ่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นต้น ถึงแม้ว่าผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง อาจมีลักษณะบางประการคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่มีการศึกษามาแล้ว แต่ก็มีธรรมชาติของการเจ็บป่วยที่แตกต่างออกไป เช่น มีการรับรู้ทางสติปัญญาที่ปกติสามารถเรียนรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเองตามศักยภาพความเจ็บป่วย มีการได้คอบททางอารมณ์กับผู้ดูแลที่รุนแรง และสามารถแสดงความรู้สึกให้รับรู้ได้ เช่น ได้เตียงอย่างรุนแรงหากไม่พอใจ ก้าวร้าวทำลายสิ่งของ หรืออาจฆ่าตัวตายได้ (ธัญพร, 2543) ลักษณะดังกล่าวมีผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สภาพอารมณ์ที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยอื่นๆ แม้ว่าการศึกษาระยะการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในต่างประเทศ พบว่าผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลในผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ (Chan, 2000; Manigandan et al., 2000; Richards & Shewchuk, 1996) แต่ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับเรื่องนี้จึงทำให้ไม่ทราบว่าการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในประเทศไทยเป็นอย่างไร และผลกระทบต่อสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลเป็นอย่างไร ซึ่งอาจมีผลต่อคุณภาพการดูแลได้ ทำให้ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการดูแลที่ดีพอ เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการและอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงการรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแลโดยการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาระให้เป็นการท้าทายในการดูแลอาจส่งผลให้ลดความเครียดหรือปรับสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลได้

ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้วยความเต็มใจ และมีความสุข ในการดูแลผู้ป่วย

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาการรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล บุคคลอัมพาตท่อนล่าง
2. ทดสอบอำนาจการทำนายของการรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลบุคคลอัมพาตท่อนล่าง

#### คำถามการวิจัย

1. การรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลบุคคล อัมพาตท่อนล่างอยู่ในระดับใด
2. การรับรู้ภาระการดูแลและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลสามารถร่วมทำนาย สภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลบุคคลอัมพาตท่อนล่างหรือไม่

#### กรอบแนวคิดของการศึกษา

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นทฤษฎีหลัก ใช้แนวคิดภาระการดูแลของ โอเบิร์ต (Oberst, 1989) ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎี ความเครียดของลาซารัส และแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura, 1977) ในการ อธิบายความสัมพันธ์และอิทธิพลระหว่างการรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการ รับรู้สภาพอารมณ์ของผู้ดูแล ดังนี้

ลาซารัสและโฟล์คแมน กล่าวว่า ความเครียดเกิดขึ้นระหว่างปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม (Lazarus & Folkman, 1984) และได้ให้ความหมายของความเครียด หมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลประเมิน ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และคนจะต้องใช้แหล่งประ โยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลัง ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (demands) กับแหล่งประ โยชน์ที่ มีอยู่ (resources) ของบุคคลนั้น บุคคลจะเกิดความเครียดเมื่อประเมินว่าตนเอง ไม่สามารถจัดการกับ สถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้ ซึ่งแต่ละคนเมื่อเกิดความเครียดจะมีการตอบสนองด้วยการรับรู้ต่างๆ



เช่น การปฏิเสธ ความโกรธ เศร้า วิตกกังวล ทำทาย ถูกคุมคาม และความรู้สึกผิด ซึ่งเป็นความเครียดที่ประเมินในระยะแรก เรียกว่า การประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal) ต่อมาเมื่อพิจารณาโดยใช้สติปัญญาแล้วบุคคลก็มีการประเมินในระยะที่สองที่เรียกว่า การประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal) เพื่อหาทางจัดการแก้ไขปัญหา (coping) อย่างเหมาะสมซึ่งการประเมินทั้งสองระยะนี้สามารถเกิดขึ้นพร้อมๆ กันได้ ต่อมาบุคคลก็อาจมีการประเมินซ้ำ (reappraisal) ได้อีกถ้าสถานการณ์นั้นเกิดขึ้นเป็นเวลานาน เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วก็จะหาวิธีการจัดการกับปัญหาซึ่งแสดงออกเป็นพฤติกรรมเผชิญความเครียด (coping behavior) นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของสภาพทางอารมณ์ ซึ่ง มัคเนย์, ลอร์ และครอปเปลแมน (McNair, Lorr, & Droppleman, 1992) ได้แบ่งลักษณะของสภาพทางอารมณ์ออกเป็น 6 ประเภทได้แก่ 1) โกรธ-ไม่เป็นมิตร 2) สับสน-งุนงง 3) เหนื่อย-เฉื่อยชา 4) ซึมเศร้า-หม่นหมอง 5) ตึงเครียด-กังวล และ 6) กระฉับกระเฉง-คล่องแคล่ว ที่เกิดขึ้นจากการได้รับการกระตุ้นและมีการแสดงพฤติกรรมออกมาตามความรู้สึกและสภาพอารมณ์ในขณะนั้น

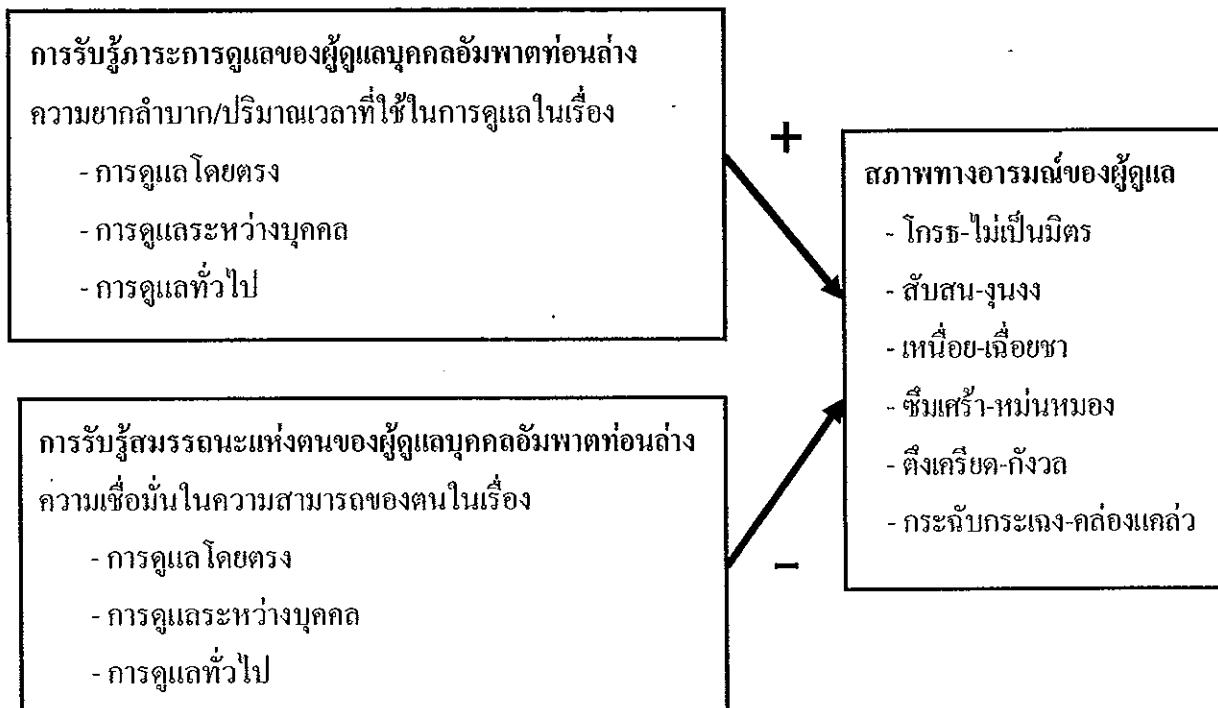
ในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง การที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดเรื่องของการช่วยเหลือตนเองจากความพิการที่เหลืออยู่ ทำให้ผู้ดูแลต้องเข้าไปช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากแนวคิดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) โอเบิสท์ (Oberst, 1990) ได้พัฒนาแนวคิดเรื่องภาระการดูแล ซึ่งสามารถเชื่อมโยงได้มาเป็นการประเมินแบบปฐมภูมิในทางลบ และอธิบายแนวคิดภาระการดูแลว่า เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลถึงปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล และความยากลำบากในการดูแล โดยมีกิจกรรมในการดูแลของผู้ดูแลประกอบด้วย 1) การดูแลโดยตรง (direct care) เน้นการดูแลทางด้านร่างกาย เช่น การรักษาพยาบาล การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกาย 2) การดูแลระหว่างบุคคล (interpersonal care) เน้นการดูแลทางจิตใจ เช่น การดูแลด้านอารมณ์ การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการช่วยเหลือด้านการสื่อสาร และ 3) การดูแลทั่วไป (instrumental care) เน้นการดูแลทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม เช่น การจัดการการเดินทางของผู้ป่วย การจัดการเรื่องค่ารักษา การทำงานบ้าน การติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ และมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลอีกก็คือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองสูงมีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลที่ต่ำของผู้ดูแล และในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองต่ำก็มีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลที่สูง ดังการศึกษาของ จินตนา (2540) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันน้อย พบว่ามีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลที่มีมากขึ้น แสดงให้เห็นว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่บ่งชี้ถึงการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล

นอกจากนี้ผู้ดูแลจะมีการประเมินพฤติกรรมซึ่งอาจเกิดความรู้สึกไปกับการประเมินปฐมภูมิ ซึ่งลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวถึงการประเมินพฤติกรรมว่าเป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ การประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับปัจจัยในสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ ลักษณะของเหตุการณ์ ความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ และปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่ ข้อผูกพัน ความเชื่อ สถิติปัญญาของบุคคล (สมจิต, 2539) ซึ่งในแหล่งประโยชน์ที่กล่าวมา พยายามไม่สามารถเข้าไปจัดการวางแผนการใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้ ยกเว้นในด้านปัจจัยด้านตัวบุคคลที่ลาซารัสได้พูดถึงความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าถ้าบุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นๆ ได้ความเครียดนั้นจะออกมาในลักษณะทำท่าย แต่ถ้าเชื่อว่าตนเองไม่สามารถควบคุมได้ อาจจะประเมินว่าความเครียดนั้นเป็นความทุกข์ ความสูญเสีย หรือเป็นอันตราย มีผลต่อการแสดงออกทางด้านอารมณ์ สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977) ที่มองว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินพฤติกรรมตามทฤษฎีของลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะประกอบกิจกรรมภายใต้สถานการณ์จำเพาะ ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะของงานหรือกิจกรรมที่กำหนดและสถานการณ์ที่เผชิญอยู่

ระดับความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองจะผันแปรไปตามระดับความยากง่ายของพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ต้องทำ (level) พลังความเชื่อในความสามารถของตนเองต่อกิจกรรมที่ต้องทำ (strength) และความครอบคลุมของการรับรู้สมรรถนะของตนเองภายใต้สถานการณ์หนึ่ง ไปยังอีกสถานการณ์หนึ่ง (generality) ซึ่งหากผู้ดูแลเชื่อว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วย ก็จะนำไปสู่การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วยได้คือ การดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล การดูแลทั่วไป ทำให้จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม (เบ็ญจา, 2547) อีกทั้งยังสามารถเผชิญกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ยาวนาน ทำให้เกิดความท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยได้ ทำให้มีสภาพอารมณ์ที่ดี (Gignac & Gottlieb, 1996; Zeiss, Gallagher-Thompson, Lovett, Rose, & McKibbin, 1999) ในทางกลับกันหากผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ผู้ดูแลไม่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลที่เกิดขึ้นเป็นภาระจึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ทางลบ เช่น ความเครียด ซึมเศร้า เป็นต้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างต้องรับภาระในการดูแลตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง จากการที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มขึ้นในการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง นอกเหนือจากบทบาทหน้าที่ที่ผู้ดูแล

มีอยู่เดิม ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะในการดูแลที่สูงขึ้น ซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพ  
อารมณ์ของผู้ดูแล นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในเรื่องความสามารถในการดูแล  
บุคคลอัมพาตก่อนล่างก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านอารมณ์ของผู้ดูแลได้เช่นกันดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ภาวะการดูแล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล สามารถร่วมทำนายสภาพ  
ทางอารมณ์ของผู้ดูแลบุคคลอัมพาตก่อนล่าง

### นิยามศัพท์

การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล หมายถึง ประสิทธิภาพของผู้ดูแลตามการรับรู้เกี่ยวกับการใช้  
เวลาในการดูแล และความยากลำบากในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอัมพาตก่อนล่าง  
ซึ่งสามารถประเมิน โดยใช้แบบวัดภาวะการดูแลของ โอเบิรส์ท์ (Oberst, 1990) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย

โดย สายพิน (2536) ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการกระทำกิจกรรมทั่วไป ผู้วิจัยได้นำมาดัดแปลงให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 13 ชื่อ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล หมายถึง ความเชื่อมั่นของผู้ดูแลว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการ หรือประกอบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างที่กำหนดได้ สามารถวัดได้โดยแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 13 ข้อ โดยประเมินความเชื่อมั่นของผู้ดูแลเกี่ยวกับการกระทำกิจกรรมตามกิจกรรมการดูแลของโอเบิร์ต (Oberst, 1990) ซึ่งแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความเชื่อมั่นการดูแลผู้ป่วยโดยตรง 2) ความเชื่อมั่นการดูแลระหว่างบุคคล และ 3) ความเชื่อมั่นการกระทำกิจกรรมทั่วไป

สภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล หมายถึง การแสดงออกของภาวะจิตใจของผู้ดูแลที่ได้รับการกระทบหรือกระตุ้นจากการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมและความรู้สึกตามอารมณ์ที่เกิดขึ้น จัดสภาพอารมณ์เป็น 6 ประเภท ได้แก่ 1) โกรธ-ไม่เป็นมิตร 2) สับสน-งุนงง 3) เหนื่อย-เฉื่อยชา 4) ซึมเศร้า-หม่นหมอง 5) ตึงเครียด-กังวล และ 6) กระฉับกระเฉง-คล่องแคล่ว สามารถวัดโดยใช้แบบวัดสภาพทางอารมณ์ฉบับย่อ (Profile of Mood States: Short Form) ของมัทเนียบ, ลอร์ และดรอเปลแมน (McNair, Lorr, Droppleman, 1992) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย โดย เพชรพิเชฐเชียร (Petpichetchian, 2001) จำนวน 30 ข้อ

#### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้การดูแลและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ต่อสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างที่เคยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ จำนวน 6 แห่ง

#### ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง
2. เป็นแนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างเพื่อให้ผู้ดูแลมีสภาพทางอารมณ์ที่ดี

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวคิดเกี่ยวกับอัมพาตท่อนล่าง
2. แนวคิดความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล
4. ผลกระทบของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง
5. แนวคิดเรื่องภาระการดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 5.1 ผลกระทบต่อการรับรู้ภาระการดูแล
  - 5.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาระการดูแล
    - 5.2.1 ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล
    - 5.2.2 ปัจจัยด้านผู้ป่วย
    - 5.2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง
6. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล
7. สภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง
8. ความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาระ การรับรู้สมรรถนะ และสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

#### แนวคิดเกี่ยวกับอัมพาตท่อนล่าง

อัมพาตท่อนล่าง (paraplegia) เป็นความบกพร่องหรือเสียหายที่ไปของเส้นประสาทสั่งงาน และ/หรือประสาทรับรู้สีกของไขสันหลังระดับทรวงอก เอว และกระเบนเหน็บ เนื่องจากมีการทำลายเนื้อเยื่อระบบประสาทภายใน โทรงกระดูกสันหลัง (spinal canal) ทำให้ขา หรือทั้งขาและลำตัว เป็นอัมพาต หรืออ่อนแรง ซาหรือหมดความรู้สึก รวมถึงอวัยวะในช่องท้อง (กิ่งแก้ว, 2543; อภิชนา, 2548; Beare & Myers, 1994)

### อุบัติการณ์

จากการจัดกลุ่มโรคของสำนักงานโยบายนและแผน ปี2544 พบว่า มีผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง 1,943 ราย เป็นผู้ชาย 1,306 ราย ผู้หญิง 637 ราย คิดเป็นอัตราส่วน 2:1 ราย จากจำนวนผู้ป่วยใน 4,128,437 ราย (สำนักงานโยบายนและแผนกระทรวงสาธารณสุข, 2544) มักเกิดการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง จากอุบัติเหตุ ทำให้กระดูกสันหลังแตกหัก หรือเคลื่อนที่ แบ่งเป็นสาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนนร้อยละ 50.7 ตกจากที่สูงร้อยละ 31 การถูกตี/กระแทกร้อยละ 8.7 และจากการพุ่งชนสิ่งของร้อยละ 7.8 (Pajareya, 1996) สอดคล้องกับ อำนวยและชลเวช (2541) ที่ศึกษาอุบัติการณ์ของผู้บาดเจ็บทางกระดูกสันหลังที่รับการรักษาที่ศูนย์ผู้บาดเจ็บทางกระดูกสันหลังจำนวน 150 ราย พบสาเหตุการบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุจากยานพาหนะเป็นสาเหตุหลักร้อยละ 69.3 รองลงมาเกิดจากการตกจากที่สูงร้อยละ 17.3

### พยาธิสรีรภาพ

การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นต่อกระดูกสันหลังส่วนทรวงอกต่อเอว (thoracolumbar spine) เมื่อกระดูกสันหลังแตกหัก หรือเคลื่อนไปกดไขสันหลังทันทีหลังจากอุบัติเหตุ ไขสันหลังส่วนที่ต่ำลงไปจากตำแหน่งของปล้องที่แตก หรือเคลื่อนจะหยุดทำงาน โดยตรวจพบว่าหน้าที่ทางประสาทรับรู้ (sensation) และประสาทกล (motor) รวมทั้งรีเฟล็กซ์ (reflexes) ของส่วนนั้นหายไป เรียกว่า ระยะเวลาช็อคของไขสันหลัง (spinal shock) เป็นภาวะที่เกิดกับผู้ป่วยเกือบทุกรายที่ได้รับอันตรายต่อ ไขสันหลังอย่างรุนแรง ซึ่ง จะหมดไปภายใน 24 ชั่วโมง ถึง 6 สัปดาห์ (Guttmann, 1970 อ้างตาม อภิขณา, 2548; สมภพ, 2548) หาก ระยะเวลาช็อคของไขสันหลังหมดไปแล้ว มีการทำงานของกล้ามเนื้อระดับที่ต่ำกว่าที่บาดเจ็บ กลับฟื้น ขึ้นมาบ้าง ถือได้ว่าไขสันหลังมีพยาธิสภาพแบบบางส่วน (incomplete spinal cord lesion) แต่ถ้าไม่มีการฟื้นกลับมาเลยแสดงว่าไขสันหลังมีพยาธิสภาพแบบถาวร (complete spinal cord lesion) โอกาสที่จะมีการกลับฟื้นของไขสันหลังเป็นไปได้ยาก (สมภพ, 2548; อำนวย และสุนทร, 2539)

การบาดเจ็บไขสันหลังทำให้มีการสูญเสียความสามารถของประสาทสั่งการ ประสาทการควบคุม กล้ามเนื้อและรับความรู้สึก และประสาทอัตโนมัติของร่างกายที่อยู่ต่ำกว่ารอยโรค (กิ่งแก้ว, 2543) ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแล ในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การอาบน้ำ การทำอาหาร การแต่งตัว และการเคลื่อนย้ายตัวเอง เป็นต้น และระดับของการพึ่งพานั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่มีผลต่อเส้นประสาทไขสันหลัง

### ผลกระทบของการบาดเจ็บไขสันหลัง

ผลจากการบาดเจ็บไขสันหลัง ทำให้ผู้ป่วยต้องกลายเป็นอัมพาตท่อนล่าง และความพิการที่เหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยต้องดำรงชีวิตอย่างยากลำบากและทุกข์ทรมาน (วัชรวิ, 2543) มีการสูญเสียทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อาการของผู้ป่วยแต่ละรายจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ดังนี้

1. ด้านร่างกาย สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว สูญเสียการควบคุมการขยับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระ ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาลและผู้ดูแลในการจัดการปัญหาในการขยับถ่าย กล้ามเนื้อมีการหดเกร็ง (spasticity) จะทำให้เกิดปัญหาการสวมเสื้อผ้าและการทำความสะอาดร่างกาย เกิดปัญหาข้อยึดติด เกิดความเจ็บปวดเมื่อมีการเกร็งมากๆ การเคลื่อนไหวย้ายตัวลำบาก ตกจากรถเข็น และอาจทำให้เกิดแผลจากการเสียดสีกับวัตถุใกล้เคียง ได้ (กิ่งแก้ว, 2538; เนตรนภา, 2541) สมรรถภาพทางเพศลดลง สูญเสียความสามารถในการตอบสนองทางเพศของตัวเอง มีความเจ็บปวด เช่น อาการปวดหลังซึ่งเป็นปัญหาต่อการดำรงชีวิต การเข้าฝึกอาชีพ และการทำงานนอกบ้าน นอกจากผลกระทบที่กล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างยังมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายอื่นๆ ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ เช่น การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ นิ้วในกระเพาะปัสสาวะ ไตวายจากความผิดปกติของการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ มีการควบคุมการขยับถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติทำให้เกิดการไหลย้อนของปัสสาวะจากกระเพาะปัสสาวะเข้าสู่ท่อไตและกรวยไต (สุรชัย, สมเกียรติ และณรงค์ชัย, 2548) แผลกดทับ จากการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก และความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนเลือด และความบกพร่องของระบบประสาทซิมพาทติก และพาราซิมพาทติก ทำให้บริเวณที่เป็นอัมพาต ไม่มีเหงื่อ ผิวหนังแห้ง และสูญเสียความยืดหยุ่น ย่างต่อการเกิดแผลกดทับ (ยูวราณี, 2536; อภิขณา, 2533; McKinley, Jackson, Cardenas, & Devivo, 1999) กล้ามเนื้อลีบ (muscle atrophy) ข้อติดเป็นอุปสรรคไม่สามารถฝึกยืน หรือเดินต่อไปได้ (ศิรินาถ และคณะ, 2545)

2. ด้านจิตใจ การบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่งผลให้เกิดการสูญเสียการทำงานของร่างกาย ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างมีความรู้สึกต่อร่างกายของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดความเศร้าโศกจากการสูญเสียการทำงานของร่างกาย (เนตรนภา, 2541) จากการศึกษาของวัชรวิ (2543) ถึงความรู้สึกเศร้าโศกของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง จำนวน 60 ราย เป็นผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง 31 ราย พบว่าผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างมีความรู้สึกเศร้าโศกโดยรวมในระดับปานกลาง โดยความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นมีผลต่อการแสดงออกของผู้ป่วย 4 ด้านคือ ด้านร่างกายผู้ป่วยที่มีความเศร้าโศกระดับปานกลางแสดงอาการ ได้แก่ ปวดศีรษะและอาการแน่นหน้าอกหายใจไม่อิ่ม ในผู้ป่วยที่มีความเศร้าโศกระดับมากผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าตนเองน้อยเหลือ จนไม่อยากจะทำอะไรทั้งนั้น รู้สึกว่าร่างกายจะไม่สามารถฟื้นคืนสภาพเดิมได้ นอนไม่หลับหรือหลับยาก และมีอาการกระสับกระส่ายอยู่บ่อยๆ ด้านความกดดันทางด้านจิตใจและรู้สึกผิด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด โกรธ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย คำนิทานเองที่ต้องกลายเป็นอัมพาต รู้สึกไม่สบายใจที่ต้องเป็นภาระคนอื่น และเสียใจที่ความพิการเกิดขึ้นกับตน ส่วนในด้านอารมณ์เศร้าเกิด เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยต้องกลายเป็นคนพิการ ความสามารถลดลง ไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง ไม่อาจช่วยเหลือตนเองและครอบครัวได้

1. ด้านร่างกาย สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว สูญเสียการควบคุมการขยับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระ ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาลและผู้ดูแลในการจัดการปัญหาในการขยับถ่าย กล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็ง (spasticity) จะทำให้เกิดปัญหาการสวมเสื้อผ้าและการทำความสะอาดร่างกาย เกิดปัญหาข้อยึดติด เกิดความเจ็บปวดเมื่อมีการเกร็งมากๆ การเคลื่อนย้ายตัวลำบาก ตกจากกรงเงิน และอาจทำให้เกิดแผลจากการเสียดสีกับวัตถุใกล้เคียงได้ (กิ่งแก้ว, 2538; เนตรนภา, 2541) สมรรถภาพทางเพศลดลง สูญเสียความสามารถในการตอบสนองทางเพศของตัวเอง มีความเจ็บปวด เช่น อาการปวดหลังซึ่งเป็นปัญหาต่อการดำรงชีวิต การเข้าฝึกอาชีพ และการทำงานนอกบ้าน นอกจากผลกระทบที่กล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างยังมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายอื่นๆ ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ เช่น การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ นิ้วในกระเพาะปัสสาวะ ไตวายจากความผิดปกติของการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ มีการควบคุมการขยับถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติทำให้เกิดการไหลย้อนของปัสสาวะจากกระเพาะปัสสาวะเข้าสู่ท่อไตและกรวยไต (สุรัชย์, สมเกียรติ และณรงค์ชัย, 2548) แผลกดทับ จากการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก และความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนเลือด และความบกพร่องของระบบประสาทซิมพาเทติก และพาราซิมพาเทติก ทำให้บริเวณที่เป็นอัมพาตไม่มีเหงื่อ ผิวหนังแห้ง และสูญเสียความยืดหยุ่น ง่ายต่อการเกิดแผลกดทับ (ยุวราณี, 2536; อภิขณา, 2533; McKinley, Jackson, Cardenas, & Devivo, 1999) กล้ามเนื้อลีบ (muscle atrophy) ข้อติดเป็นอุปสรรคไม่สามารถฝึกยืน หรือเดินต่อไปได้ (ศิรินาถ และคณะ, 2545)

2. ด้านจิตใจ การบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่งผลให้เกิดการสูญเสียการทำงานของร่างกาย ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างมีความรู้สึกต่อร่างกายของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดความเศร้าโศกจากการสูญเสียการทำงานของร่างกาย (เนตรนภา, 2541) จากการศึกษาของวัชร (2543) ถึงความรู้สึกเศร้าโศกของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง จำนวน 60 ราย เป็นผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง 31 ราย พบว่าผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างมีความรู้สึกเศร้าโศกโดยรวมในระดับปานกลาง โดยความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นมีผลต่อการแสดงออกของผู้ป่วย 4 ด้านคือ ด้านร่างกายผู้ป่วยที่มีความเศร้าโศกระดับปานกลาง แสดงอาการ ได้แก่ ปวดศีรษะและอาการแน่นหน้าอกหายใจไม่อิ่ม ในผู้ป่วยที่มีความเศร้าโศกระดับมากผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าตนเองน้อยเหลือ จนไม่อยากจะทำอะไรทั้งนั้น รู้สึกว่าร่างกายจะไม่สามารถฟื้นคืนสภาพเดิมได้ นอนไม่หลับหรือหลับยาก และมีอาการกระสับกระส่ายอยู่บ่อยๆ ด้านความกดดันทางด้านจิตใจและรู้สึกผิด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการขุ่นมัว หงุดหงิด โกรธ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ดำเนินตนเองที่ต้องกลายเป็นอัมพาต รู้สึกไม่สบายใจที่ต้องเป็นภาระคนอื่น และเสียใจที่ความพิการเกิดขึ้นกับตน ส่วนในด้านอารมณ์เศร้าเกิด เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยต้องกลายเป็นคนพิการ ความสามารถลดลง ไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง ไม่อาจช่วยเหลือตนเองและครอบครัวได้



เหมือนเดิม จึงรับรู้ตนเองในทางลบ ในผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกของครอบครัว ความพิการที่เกิดขึ้นเป็นภาระให้แก่บุคคลในครอบครัวเป็นอย่างมาก จากความรู้สึกดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหดหู ท้อแท้ และสิ้นหวัง มีความรู้สึกที่ชีวิตตนเองประสบกับความล้มเหลว และด้านความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิต และการแสวงหาความหมายใหม่ในชีวิต ซึ่งผู้ป่วยเห็นพ้องต้องกันว่า การดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคตเป็นเรื่องยุ่งยาก และสูญเสียโอกาสทางสังคม เช่นเกี่ยวกับการศึกษาของ อภิขินา มารวี และภัทรา (2548) ถึงความสามารถ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังภายหลังการฟื้นฟูสภาพ เป็นการศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในปี 2544 จำนวน 30 ราย เป็นผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง 16 ราย และปี 2547 จำนวน 30 ราย เป็นผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง 21 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจ ได้แก่ นอนไม่หลับ (ร้อยละ 27 และ 27 ตามลำดับ) กลัวอนาคตข้างหน้า (ร้อยละ 23 และ 27 ตามลำดับ) เครียดและหงุดหงิดง่าย (ร้อยละ 13 และ 20 ตามลำดับ) นอกจากนี้ ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างยังมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจในระดับมาก โดยความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย คือ การไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทของตนเองได้ตามปกติ ร้อยละ 68.8 การไม่สามารถยืน เดิน นั่งเพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ ร้อยละ 63.8 การไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างได้ตามความต้องการ ร้อยละ 62.5 และจากร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ร้อยละ 62.5

3. ด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงของบทบาทในครอบครัวและสังคม จากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ ต้องหยุดงาน ขาดรายได้ของครอบครัว ผู้ที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ของการเป็นหัวหน้าครอบครัว กลายเป็นภาระในการดูแลของครอบครัว นอกจากนี้การหยุดงานทำให้ผู้ป่วยสูญเสียอาชีพ หน้าที่การงานและบทบาทในสังคม ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัว และอาจแสดงออกไม่เหมาะสม จากการศึกษานี้ของ กัลยา (2537) พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างมีการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์เนื่องจากมีความวิตกกังวลต่อการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายครึ่งล่าง สูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ทำให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมที่แสดงออก คือ มีอารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว เมื่อครอบครัวไม่ช่วยเหลือตามที่ผู้ป่วยต้องการ อีกทั้งผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างมีการรับรู้ว่าคุณต้องพึ่งพาผู้อื่น จากการสูญเสียความสามารถทางด้านร่างกายถึงแม้ว่าก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกคนจะสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้สำเร็จแล้วก็ตาม แต่เมื่อกลับถึงบ้านไม่สามารถปรับใช้สิ่งที่ได้เรียนรู้ได้อย่างเต็มศักยภาพ เนื่องจากสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมกับสถานะอัมพาตท่อนล่าง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงศักยภาพที่ด้อยลงทุกด้านผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงไม่สามารถทำงานได้ ต้องพึ่งพามุสลิมใกล้ชิดทั้งในเรื่องการเดินทางไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย และให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน (ชัยพร, 2543; อัจฉรา และคณะ, 2545) จากการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับไปประกอบอาชีพของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังภายหลังได้รับ

การฟื้นฟูสภาพ จำนวน 65 ราย เป็นผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง 63 ราย พบว่า อุปสรรคในการกลับไปประกอบอาชีพของผู้ป่วย คือ อาการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อ อาการปวดเรื้อรัง และขาดความสะดวกในการเดินทาง (สุริยันต์ ญัฐเศรษฐ และเสมอเดือน, 2549)

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย และจิตใจ สังคม ของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับการสูญเสียที่เกิดขึ้นอย่างมากภายหลังจากการบาดเจ็บ ความพิการที่คงอยู่ทำให้ชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยน ไปอย่างสิ้นเชิง และไม่เคยคาดคิดมาก่อน (วัชรวิ, 2543) ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลจากผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

### แนวคิดความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของการบาดเจ็บไขสันหลัง ทำให้ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งยังเป็นผู้ที่อยู่ในสภาพขาดความคล่องตัว ในการแสวงหาวิธีการตอบสนองความต้องการของตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการความช่วยเหลือและการดูแล ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามศักยภาพ ดังนั้น ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง มีรายละเอียดดังนี้

#### 1. ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย

ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เพราะการบาดเจ็บทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ในการสั่งการเคลื่อนไหวของเขา ต้องอาศัยรถเข็นนั่งตลอดชีวิต ไม่สามารถลุกนั่ง ยืน หรือเดินได้ตามปรารถนา จึงมีความต้องการการดูแล ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดเสื้อผ้า การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือในการพามารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด (อัจฉรา และคณะ, 2545)

#### 2. ความต้องการการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความสุข หมดกำลังใจ ขาดความกระตือรือร้นที่จะทำสิ่งใด ซึ่งเป็นผลมาจากความพิการ ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างจึงต้องการ ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากบุคคลใกล้ชิดที่จะทำให้สบายใจขึ้น ได้แก่ การให้กำลังใจ มุมมองในแง่บวก การปลอบโยน การย้ำเตือนว่าพวกเขายังมีคุณค่าต่อครอบครัว (อัจฉรา และคณะ, 2545) จากการศึกษาของ ัญพร (2543) พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างมีความต้องการให้ผู้ดูแลมีเวลาพูดคุย รับฟังปัญหา ไม่ปล่อยให้ต้องคอยนาน และไม่บังคับให้ทำกิจกรรมต่างๆที่ไม่สมควรใจ

### 3. ความต้องการการดูแลด้านสังคม

ความพิการซึ่งเป็นผลจากความเจ็บป่วยทำให้คนพิการได้รับการกำหนดบทบาทเช่นเดียวกับผู้ป่วย ต้องแสวงหาการเยียวยาและได้รับการดูแลจากผู้อื่น ส่งผลให้ขาดโอกาสที่จะมีบทบาทต่างๆ ในสังคม (วัชรวิภา, 2542) จากสภาพร่างกายที่ทำงานไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีงานทำเนื่องจากมีปัญหในการเดินทางและครอบครัวไม่ยินยอม ทำให้ผู้ป่วยต้องแสวงหาและยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด หรือแหล่งประโยชน์อื่นๆ (อัญจนา และคณะ, 2545) จากการศึกษาของ วรณี มยุรี และชุติมา (2536) ถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง พบว่า การมีเงินใช้จ่ายเป็นสิ่งที่มีความสำคัญใน 3 อันดับแรกสำหรับผู้ป่วยในการดำรงชีวิต และจากการศึกษาถึงประสบการณ์การมีชีวิตอยู่อย่างอัมพาตท่อนล่าง พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างต้องการความช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการกินอยู่ มีความสะดวกสบายและสามารถพึ่งตนเองในการดำเนินชีวิต ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดำเนินชีวิต และการหายจากการเจ็บป่วย (ธัญพร, 2543) และจากการศึกษาถึงความสามารถ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังภายหลังการฟื้นฟูสภาพ พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างมีความต้องการกลับไปสู่สังคม โดยอยากกลับไปเรียน ฝึกอาชีพและต้องการทำงานเพื่อเป็นการเพิ่มคุณค่าและคุณภาพชีวิตของตนเอง (อภิชนา และคณะ, 2548) เช่นเดียวกับ บุญช่วย และธีรเนตร (Boonchuay & Theeranatar, 1995) ที่ศึกษาถึงทัศนคติและความต้องการกลับไปทำงานของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังระดับเอว จำนวน 25 ราย โดยติดตามผู้ป่วยหลังกลับบ้านแล้ว 6 เดือน และ 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดมีอายุอยู่ในวัยทำงานคือ 21-45 ปี และมีความต้องการกลับไปทำงานมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป แต่มีผู้ป่วยเพียง 2 รายที่ได้กลับไปทำงานจริง ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้กลับไปทำงาน พบว่า มีอุปสรรคประกอบด้วย 1) ทัศนคติของครอบครัวที่เห็นว่าผู้ป่วยหรือบุคคลพิการไม่สามารถทำงานได้ต้องอยู่แต่ในบ้าน ต้องได้รับความช่วยเหลืออยู่เสมอ รวมทั้งการยอมรับจากผู้บังคับบัญชา หรือนายจ้างมีน้อย 2) อุปสรรคเรื่องการเดินทางจากบ้าน ไปที่ทำงาน แม้แต่ภายในที่ทำงานก็มีอุปสรรคเรื่องบันได ไม่มีทางลาดให้รถเข็นขึ้นลงและเข้าประตูห้องทำงานหรือห้องน้ำไม่ได้

การทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างทำให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ความต้องการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม ความเชื่อและความคาดหวังของผู้ป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หลังจากได้รับบาดเจ็บ ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการช่วยเหลือ/ดูแลจากบุคคลภายในครอบครัว หรือผู้ที่เข้ามารับหน้าที่ในการดูแล

## แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

การดูแลเป็นการปฏิบัติที่บุคคลหนึ่งมอบให้แก่อีกบุคคลหนึ่งที่อาจอ่อนแอกว่า และต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งการดูแลจะทำให้เกิดความรู้สึกสะดวกสบาย สะอาด พอดีและเป็นสุข (ฟาริดา, 2539) การดูแลช่วยเหลือบุคคลที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังถือเป็นภารกิจสำคัญของสมาชิกในสังคม ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่ เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (จอม, 2540) ผู้ดูแล (caregiver) หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่อาจเป็น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิตที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย หรือจิตใจ เนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ที่ก่อให้เกิดความต้องการในการดูแล โดยความต้องการในการดูแลต้องได้รับการตอบสนองอย่างต่อเนื่อง (ยูพาพิน, 2539) สามารถจำแนกผู้ดูแลได้ 2 ประเภท ตามความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล คือ ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้อื่น และผู้ช่วยเหลือผู้ดูแล (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล อาจช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (ยูพาพิน, 2539; Horowitz, 1985)

จากการได้รับบาดเจ็บของประสาทไขสันหลังทำให้ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่ให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีลักษณะทั่วไป คือ เป็นเพศหญิง มีความเกี่ยวข้องเป็นญาติของผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือเป็นญาติพี่น้อง ให้การช่วยเหลือโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และจะเป็นผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง อาจมีผู้ที่ให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางอย่างเป็นครั้งคราว (จินนะรัตน์, 2540; Manigandan et al., 2000)

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ทำให้สมาชิกต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทภายในครอบครัว ผู้ดูแลต้องรับบทบาทเพิ่มขึ้น ทั้งในบทบาทผู้ดูแล และบทบาทเดิมที่ตนต้องกระทำ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ทำให้ผู้ดูแลต้องมีการะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับ ไปอยู่ที่บ้าน อีกทั้งต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาให้กับตนเอง แบบแผนในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การดูแลที่มีมากกว่าความสามารถในการจัดการทำให้เกิดความเครียด จากการศึกษาของ วิทเชินแคม และคณะ (Weitzenkamp et al., 1997) พบว่า คู่สมรสของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานานและทำหน้าที่ในการดูแลทั้งหมด เกิดปัญหาจิตใจและอารมณ์ เกิดความรู้สึกเมื่อน่าย อ่อนเพลีย โกรธ เครียดและมีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้ดูแลบางรายอาจต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับผู้ป่วย

เนื่องจากความพิการที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ทำให้ต้องขาดรายได้ (Carey et al., 1991)

### ผลกระทบของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

จากการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่เพิ่มขึ้นมาดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นมีดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย จากการที่ผู้ดูแลมีเวลาในการดูแลตนเองที่น้อยลงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพตามมา ปัญหาที่ผู้ดูแลประสบอยู่บ่อยๆ เช่น ปวดหลัง ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักบ่นว่ามีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามตัวร่างกายอันเนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตัวเอง และปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจ ที่มีสาเหตุจากภาวะเครียดที่จะสื่อให้ทราบว่าภาระที่ผู้ดูแลรับไว้วันนี้บ่งวันยังมีมากขึ้น และเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาระนั้น อ่อนเพลียซึ่งไม่มีเวลาในการพักผ่อนหรือพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอ่อนแอเกิดโรคแทรกซ้อนได้ และยังทำให้ผู้ดูแลมีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่ายส่งผลกระทบต่อทำให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้เช่นกัน การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาและสูงอายุด้วยกันทั้งคู่และมักมีโรคประจำตัว ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาทำให้การดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา โรคประจำตัวที่เป็นกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาสุขภาพอื่นๆเพิ่มมากขึ้น (ศิริพันธุ์, 2549; กรรณิกา, 2546)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ ในการดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจหลายๆอย่าง ทั้งความรู้สึกเครียดและกังวลต่อการเจ็บป่วยและสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแล โดยไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้า จากการศึกษาของชุดิมา (2550) ถึงระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครั้งท่อนล่างในเขตอำเภอเชียงใหม่จำนวน 30 ราย พบว่า ความรู้สึกในด้านลบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครั้งล่าง เช่น ความรู้สึกเศร้า ผิดหวัง วิตกกังวล หดหู่ใจ และจากการศึกษาของดวงเดือน (2546) ถึงทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยอัมพาตครั้งท่อนล่างจำนวน 15 ราย พบว่า ผู้ดูแล จำนวน 12 รายมีทัศนคติด้านจิตใจอยู่ในระดับดีต่อผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง แต่มีผู้ดูแล 3 รายที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอัมพาตครั้งท่อนล่าง คือ เป็น แม่ ลูกและน้องของผู้ป่วยเกิดความรู้สึกด้านจิตใจที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยปรับตัวไม่ได้หรือ ไม่ยอมรับความพิการและแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมใน

รูปแบบต่างๆ เช่น เสรีโรค หวาดกลัว โมโหรุนแรง ท้อแท้ อ่อนแอและเบื่อง่าย ส่งผลต่อทัศนคติ  
ด้านจิตใจของญาติในระดับไม่ดี

3. ผลกระทบด้านสังคม เศรษฐกิจ เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งหากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว และ  
ไม่สามารถประกอบอาชีพดั้งเดิมได้ ผู้ดูแลบางรายอาจต้องปรับลักษณะการทำงานของตนให้เข้ากับ  
ภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น เปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางราย ต้องลาออก  
จากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา ส่งผลให้รายได้ลดลง (รัชพร, 2543; วรณี และคณะ, 2536)  
และถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการ  
สูญเสียรายได้เกิดขึ้นและบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นอีก ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว  
จากการที่รายได้ไม่เพียงพอ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้วจะนำมาซึ่ง  
ปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองอาจส่งผล  
ให้เกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้ อย่างไรก็ตามผลกระทบจากการดูแลเหล่านี้เองมีมาก  
น้อยแตกต่างกันตามอาการเจ็บป่วยและระดับความรุนแรงของโรค (สุริรัตน์, 2541; กรรณิกา, 2546)

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยอัมพาตก่อนล่างที่ผู้ดูแลปฏิบัติอยู่นั้น ไม่สามารถกำหนดระยะเวลา  
สิ้นสุดได้ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่หลากหลาย เช่น รู้สึกถึงการ  
การดูแล การเปลี่ยนแปลงของสภาพอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย สุขภาพกายและจิตมีปัญหา นอกจากนี้  
การดูแลผู้ป่วยในลักษณะต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลสะสมปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและ  
จิตใจเพิ่มมากขึ้น (วรรณรัตน์ รัชนิ และยวดี, 2547)

#### แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอัมพาตก่อนล่างและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลนั้น มีความหลากหลายและแตกต่างกันออกไป การให้  
ความหมายของ ภาระการดูแล (caregiver burden) จึงมีความแตกต่างกันไปด้วย เช่น ซาริท รีเวอร์ และ  
บาช-ปีเตอร์สัน (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980) ให้ความหมายภาระการดูแล หมายถึง ความรู้สึก  
ไม่สุขสบายของผู้ดูแลในด้านสุขภาพของผู้ดูแล ความผาสุกทางอารมณ์ ภาวะเศรษฐกิจ การดำเนิน  
ชีวิตในสังคม และสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่ได้รับการดูแลกับผู้ดูแล คล้ายคลึงกับ พัลช็อก และ ไดม์ลิง  
(Poulshock & Deimling, 1984) ให้ความหมาย ภาระการดูแล หมายถึง ขอบเขตซึ่งผู้ดูแลรับรู้ถึงสุขภาพ  
ของตนเอง ชีวิตในสังคม และฐานะทางเศรษฐกิจในทางตรงกันข้าม เนื่องจากหน้าที่ความรับผิดชอบ  
จากการดูแล ไคลน์ (Klein, 1989) กล่าวถึงภาระการดูแลว่าเป็นการเผชิญหน้ากับความกดดัน และภาระที่  
หนัก นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการหลายท่านที่อธิบายความหมายของภาระการดูแลในแนวทางที่สอดคล้อง  
กันว่า เป็นปริมาณความต้องการการดูแลและความยากลำบากในการดูแล และแบ่งภาระออกเป็น

ภาวะเชิงจิตวิสัย คือ ปริมาณความต้องการการดูแลที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ และภาวะเชิงจิตวิสัย คือ ความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการดูแล (Bull, 1990; Oberst, 1990; Sheehan & Nuttall, 1988)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ โอเบิร์ต (Oberst, 1990) ที่ได้กล่าวถึง ภาวะการดูแลว่าเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการดูแล และปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยกิจกรรมการดูแลมี 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) การดูแลโดยตรง (direct care) เน้นการดูแลทางด้านร่างกาย ได้แก่ การรักษาพยาบาล การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกาย 2) การดูแลระหว่างบุคคล (interpersonal care) เน้นการดูแลทางจิตใจ ได้แก่ การดูแลด้านอารมณ์ การเฝ้าดูอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุ การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการช่วยเหลือด้านการสื่อสาร 3) การดูแลทั่วไป (instrumental care) เน้นการดูแลทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การจัดการเรื่องการเดินทางเพื่อรับบริการหรือออกนอกบ้าน การบริหารจัดการเรื่องค่ารักษา การทำงานบ้าน การวางแผนกิจกรรมของครอบครัวและผู้ป่วย และการติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ และประเมินภาวะการดูแลเป็น 2 ลักษณะ คือ ภาวะการดูแลเชิงวัตถุ วัดจากปริมาณเวลาที่ใช้ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยแต่ละกิจกรรม และภาวะการดูแลเชิงจิตวิสัย วัดจากการรับรู้ความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยในแต่ละกิจกรรม และจากการศึกษาที่ผ่านมาถึงการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มโรคต่างๆ โดยสรุปสาระสำคัญของ การรับรู้ภาวะการดูแล มีดังนี้

ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้สูงอายุ (อายุ > 60 ปี) มีความพิการหลงเหลืออยู่ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ มีปัญหาเรื่องกล้ามเนื้ออ่อนแรง หูดไม้ได้หรือหูดไม้ชัด ผู้ป่วยบางรายมีความจำเป็นต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เฉาก้อ ใส่สายให้อาหาร และสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น (กรรณิกา, 2546; จินตนา, 2540; ปิยรัตน์, 2545; สุวีรัตน์, 2541; อรุณา, 2539; อารมณ, 2540) ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลที่เผชิญอยู่ว่าเครียด (ธีรภัทร์, 2547; พรชัย และยุพิน, 2544) มีการรับรู้ภาวะการดูแลว่าทำให้เกิดความยากลำบากแก่ชีวิตของตนเองโดยตรง ได้แก่ การมีเวลาส่วนตัวและความเป็นอิสระลดลง การถูกจำกัดเกี่ยวกับการพบปะบุคคลในสังคม มีความรู้สึกเครียดและกดดันในชีวิต หงุดหงิด ซึมเศร้า วิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย (พรชัย, 2540) กิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแล ได้แก่ การจัดการเรื่องการเดินทางหรือร่วมเดินทางไปกับผู้ป่วย การให้กำลังใจปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย และการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย (เที่ยงใจ, 2540) การทำงานบ้านเพิ่มมากขึ้น (ปิยรัตน์, 2545) กิจกรรมด้านการสื่อสาร ด้านการรับรู้และการเคลื่อนไหว (ธีรภัทร์, 2547) จากการศึกษาของ เพ็ญงลดา (2539) พบว่า การพึ่งพาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติพื้นฐานและการปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ จินตนา (2540) พบว่า ผู้ดูแลต้องออกจากงานมาดูแล

ผู้ป่วย และต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลทำให้มีปัญหาด้านการเงิน ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 2 ปีและใช้เวลาในการดูแลมากกว่า 20 ชม./วัน จะมีปัญหาสุขภาพ เช่น ปวดหลัง ปวดเอว กิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย การช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การแต่งตัว ดูแลเรื่องการรับประทานอาหารเอง ผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์มากที่สุดในเรื่องความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจ ต้องการความห่วงใยเมื่อรู้สึกท้อแท้ นอกจากนี้ภาระการดูแลยังมีผลการปรับตัวของผู้ดูแล (กรรณิกา, 2546)

ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์การรับรู้และพฤติกรรม ลักษณะของผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อกลับบ้านยังคงมีอาการของโรคหลงเหลืออยู่ ได้แก่ หงุดหงิด โมโหง่าย นอนหลับไม่เป็นเวลา และหูแว่วเห็นภาพหลอน ส่งผลต่อปฏิกริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแล คือ มีความรู้สึกเครียดวิตกกังวล หรือซึมเศร้า (ตุลภา, 2545) จากการศึกษาของ รัชนิกร (2541) ถึงการศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า ภาระที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลต้องหางานทำเพิ่มขึ้น ไปขอความช่วยเหลือจากคนอื่น เวลาในการพักผ่อนเปลี่ยนไป ต้องใช้ยานอนหลับหรือดื่มเหล้าเพื่อให้หลับ และถูกผู้ป่วยทำร้าย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ อับอาย เครียด อารมณ์หงุดหงิดง่าย หนักใจ ขุ่นขากใจ กลัวและโกรธ และจากการศึกษาของ ทีปประพิณ (2543) พบว่า การประเมินสถานการณ์การดูแลว่าไม่ถูกต้อง ไม่เป็นปัญหาต่อการดำรงชีวิต และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมมาก คือ มีงานทำ มีผู้มาเยี่ยมเยียน ไปมาหาสู่ มีบุคคลคอยให้กำลังใจทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลที่เกิดขึ้นไม่เป็นภาระหรือมีภาระน้อย

ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง ผู้ป่วยจะมีกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดจากอาการของโรค ต้องการกำลังใจ และการดูแลใกล้ชิด มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จากการศึกษาของ สุริสา (2548) พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังเป็นระยะเวลายาวนาน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการพึ่งพาผู้ดูแลคนอื่นเพราะคิดว่าไม่มีผู้ดูแลคนใดมีความเข้าใจและยอมรับอารมณ์ที่เกิดขึ้น เช่น หงุดหงิดหรือโมโหได้ และเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวลส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลสูงขึ้น และมองว่าเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลควบคุมและจัดการ ได้ยาก นอกจากนี้จากการศึกษาของ คารีย์ และคณะ (Carey et al., 1991) พบว่า ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล และการประเมินสถานการณ์การดูแลและอายุของผู้ดูแลสามารถอธิบายความแปรปรวนทางอารมณ์ของผู้ดูแลได้ร้อยละ 49

ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้สุขภาพของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรต้องอาศัยการดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง โรคเรื้อรังที่สำคัญได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง ไตวายเรื้อรัง กลุ่มอาการสมองเสื่อม เป็นต้น (ยุพาพิน, 2546) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลว่า



เป็นการดูแลที่ยาวนาน เป็นความเครียดและถูกคาม เกิดเป็นความเครียดที่สะสมในการมีบทบาทหน้าที่ มากเกินไป ทั้งบทบาทผู้ดูแลและบทบาทเดิมที่ตนมีอยู่ทำให้ผู้ดูแลมีภาระรับผิดชอบมาก จากการศึกษา ของ สายพิณ (2536) ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง ได้รับบาดเจ็บสมองและไขสันหลัง และพาร์กินสัน พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลสูง ประกอบกับผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การ ดูแลว่าเป็นความเครียดและถูกคามทำให้กิจกรรมการดูแลมีผลโดยตรงทางบวกกับความเครียดใน บทบาทของผู้ดูแล และผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพมากและใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก จะมีความเครียด ในบทบาทผู้ดูแลมาก ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเชื่อมโยงในด้านการรู้คิดมากยิ่งขึ้น ความเครียดให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ก้วพรหม (Kuaprom, 1999) พบว่า ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยพาร์กินสันเกี่ยวกับปัญหาความจำและพฤติกรรมของผู้ป่วยมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ บูล (Bull, 1990) พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ดูแล รายได้ และความสามารถในการทำ หน้าที่ของผู้ป่วย สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้ 2 เดือน และจากการศึกษาของ จริยา (2539) ถึงภาระการดูแลในบิดามารดาฐานะผู้รับผิดชอบดูแล บุตรที่ป่วยเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลมีการเผชิญกับความเครียดในระดับค่อนข้างสูง ถือเป็นความพยายาม เพื่อมุ่งแก้ปัญหาในการดูแล ได้แก่ การจัดการให้เด็กป่วยไปตรวจตามนัด ทุ่มเทเพื่อดูแลเด็กป่วย ทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค กระทำกิจกรรมร่วมกับเด็กป่วยและปรึกษานักวิชาการทางการแพทย์ และพยายาม จัดการกับอารมณ์ของตนเองเพื่อไม่ให้รู้สึกเครียด ผู้ดูแลรับรู้ภาระในด้านการใช้ปริมาณเวลาในการ ดูแลสูง เนื่องจากผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน หรือเป็นเด็กที่มีข้อจำกัดของการเคลื่อนไหว ซึ่งช่วยเหลือตนเองไม่ได้ทำให้ผู้ดูแลต้องกระทำแทนทุกอย่าง

การดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง นับเป็นภาระอย่างหนึ่ง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้จากความพิการที่เหลือนอยู่รวมถึงปัญหาความแปรปรวนของความคิดและอารมณ์ความรู้สึก ทำให้ต้องอาศัยและพึ่งพาผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย (ยุพาพิน, 2539) ตามแนวคิดของ โอเบริสท์ (Oberst, 1990) การรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล จะพิจารณาตาม กิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลได้ให้กับผู้ป่วย โดยกิจกรรมการดูแลมี 3 ด้าน ประกอบด้วย

1) การดูแลโดยตรง เป็นกิจกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การดูแล กิจวัตรประจำวัน/สุขวิทยาส่วนบุคคล และการช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จากสภาพความ พิการที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างมีข้อจำกัดในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลในเรื่องการรับประทานอาหาร ดื่มน้ำแปรงฟัน การอาบน้ำและการเคลื่อนย้าย ตัวเองจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องดูแลในเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ ได้แก่ การดูแล ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน รวมถึง

การดูแลการขับถ่ายอุจจาระโดยการติดตามความสม่ำเสมอในการถ่ายอุจจาระ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อช่วยให้ขับถ่ายอุจจาระได้ง่ายขึ้น การดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับเนื่องจากอาการชาทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าผิวหนังถูกกดทับจนขาดเลือดมาเลี้ยง โดยการหาอุปกรณ์เสริมเพื่อลดแรงกดทับ รวมถึงการดูแลแผลกดทับในรายที่มีแผล ในรายที่มีปัญหา กล้ามเนื้อเกร็งและข้อติด ต้องมีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการออกกำลังกาย และดัดแปลงอุปกรณ์ ความข้อเพื่อป้องกันข้อติด ในรายที่มีปัญหาความปวดต้องหาสาเหตุของความปวด และดูแลผู้ป่วยอย่าง สม่ำเสมอ (กิ่งแก้ว, 2548; ศิรินาถ และคณะ, 2545) จากการศึกษาของ ริชาร์ด และชีวชุก (Richards & Shewchuk, 1996) ถึงผลกระทบของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังภายหลังจำหน่าย จากโรงพยาบาล 1 ปี พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือกิจวัตร และการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นภาระ เนื่องจากผู้ดูแลไม่สามารถหิ้วให้ผู้ป่วยอยู่ตาม ลำพังได้ ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตไปจากเดิม

2) การดูแลระหว่างบุคคล เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลที่มีการบาดเจ็บไขสันหลัง เพื่อให้ กลับไปใช้ชีวิตในสังคมตามรูปแบบที่เหมาะสมซึ่งต้องอาศัยความละเอียดอ่อน การให้ความสำคัญ เฉพาะความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ยังไม่เพียงพอ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลด้านจิตใจด้วย ซึ่งจะ ต้องหลีกเลี่ยงการกระทำที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างคนพิการกับคนปกติ (กิ่งแก้ว, 2548) การดูแล ให้กำลังใจและให้คำปรึกษา จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำใจยอมรับความพิการและมีกำลังใจที่จะ ฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองต่อไป (กิ่งแก้ว, 2543; ศิรินาถ และคณะ, 2545) ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถยอมรับ ความพิการที่เกิดขึ้น และมีการแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าว รุนแรง เช่น ทำร้ายร่างกาย พยายามฆ่าตัว ตาย (Manigandan et al., 2000) ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกตึงเครียดและเป็นภาระ ที่ต้องรับมือกับพฤติกรรม และการแสดงออกเหล่านี้ของผู้พิการ

3) การดูแลทั่วไป ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างส่วนใหญ่ จะสูญเสียอาชีพ หน้าที่การงาน ทำให้ ขาดรายได้ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับรักษาตนเอง การเลี้ยงชีพ และการหาเลี้ยงครอบครัวในกรณีที่ผู้ป่วย เป็นหัวหน้าครอบครัว (ธัญพร, 2543; วรวิทย์ และคณะ, 2536) ทำให้ผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ในการหารายได้ เพิ่มขึ้นทั้งในเรื่องของการรักษาพยาบาล และการปรับสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสม เช่น ต้องมี การเพิ่มราวข้างเตียง การทำโต๊ะรับประทานอาหารหรืออ่างล้างหน้าที่สูงพอให้รถเข็นเข้าไปได้ การ ทำประตูห้องน้ำให้กว้างพอที่รถเข็นจะเข้าไปได้ ทำทางลาดเข้าห้องน้ำ และการดัดแปลงอุปกรณ์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายตัวได้ง่ายขึ้น เป็นต้น (พวงทอง, 2541) กิจกรรมต่างๆเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแล เกิดการรับรู้ว่าเป็นภาระที่ต้องจัดการ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีข้อจำกัด ในการจัดการกับความเครียดและได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ (Chan, 2000)

### การประเมินการรับรู้ภาระการดูแล

จากแนวคิดเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลที่แตกต่างกันออกไป ทำให้การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ภาระการดูแลแตกต่างกันออกไปด้วย ได้แก่

1. แบบวัดการรับรู้ภาระการดูแล (Burden Interview: BI) ของซาริต และคณะ (Zarit et al., 1980) ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลจำนวน 22 ข้อ คำถาม แบ่งคำตอบออกเป็น 5 ระดับ ไม่เห็นด้วย ถึง เห็นด้วยมากที่สุด ระดับคะแนน 0 ถึง 4 คะแนน มีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 0-88 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงการรับรู้ภาระการดูแลที่สูง คุณภาพเครื่องมือหาความสอดคล้องภายในและความคงที่ของเครื่องมือด้วยการวัดซ้ำ มีค่าเท่ากับ .91 และ .71 ตามลำดับ

2. ดัชนีวัดความเครียดของผู้ดูแล (The Caregiver Strain Index: CSI) ของโรบินสัน (Robinson, 1983) สร้างขึ้นเพื่อประเมินความเครียดของผู้ดูแล ลักษณะข้อคำถามเกี่ยวข้องกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแล 2 ด้าน คือ ด้านร่างกายและจิตใจ มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ คำตอบเป็น ใช่ กับ ไม่ใช่ การให้คะแนนเป็น 1 กับ 0 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ตั้งแต่ 0-13 คะแนน และคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้น ไปแสดงว่าผู้ดูแลรู้สึกเครียด ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.86

3. แบบวัดภาระการดูแล ของโอเบิสท์ (Oberst, 1990) ลักษณะข้อคำถามเกี่ยวข้องกับการรับรู้ปริมาณการใช้เวลาและความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เลย ถึง มากที่สุด ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ตั้งแต่ 14-70 คะแนน คะแนนสูงสุดแสดงถึงภาระการดูแลสูง หาความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ .88 การดูแลโดยตรงเท่ากับ .78 การดูแลระหว่างบุคคลเท่ากับ .71 และการดูแลทั่วไปเท่ากับ .83 แคร์รี่ และคณะ (Carey et al, 1991) ได้นำเครื่องมือไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 49 ราย คุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยงของปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล มีค่าเท่ากับ .83 และของความยากลำบากในการดูแล มีค่าเท่ากับ .89 ตามลำดับ นอกจากนี้ จริยา (2539) ได้นำเครื่องมือมาดัดแปลงใช้ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง จำนวน 74 ราย พบว่าคุณภาพของเครื่องมือทั้งฉบับมีค่าความเที่ยง เท่ากับ .70 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล มีค่าเท่ากับ .72 และความยากลำบากในการดูแล มีค่าเท่ากับ .78 และสายพิณ (2536) ได้นำเครื่องมือมาดัดแปลงใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งฉบับได้เท่ากับ .77 การดูแลโดยตรงเท่ากับ .69 การดูแลระหว่างบุคคลเท่ากับ .67 และการดูแลทั่วไปเท่ากับ .71 การหาความคงที่ของเครื่องมือ โดยการทดสอบซ้ำ (test-retest) ระยะห่างกัน 4 สัปดาห์ ได้ค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .68 ( $p < .001$ ) และปิยรัตน์ (2545) ได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 105 ราย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล มีค่าเท่ากับ 0.78 และของความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการดูแล มีค่าเท่ากับ 0.82

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกเอาแนวคิด ของโอเบิร์ต (Oberst, 1990) ซึ่งมองภาวะการดูแล เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับปริมาณเวลาที่ ใช้ในการดูแล และความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการดูแล โดยผู้วิจัยเชื่อว่าการมองภาวะการดูแลในลักษณะนี้มีความครอบคลุมกับการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครั้งก่อน เนื่องจากเป็นการวัดการรับรู้ภาวะที่ครอบคลุมทั้ง 2 มิติทำให้เห็นการรับรู้ภาวะการดูแลที่ชัดเจน ตรงตามการรับรู้ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งบอกถึงปริมาณเวลาที่ ใช้ และความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล อีกทั้งแนวคิดภาวะการดูแลของ โอเบิร์ต (Oberst, 1990) นั้นพัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดของ ลาสซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งมองว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดความเครียด หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลประเมินว่าความเครียดนั้นมีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองหรือไม่อย่างไร และตนจะต้องใช้แหล่งประ โยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังซึ่งขึ้นอยู่กับ การประเมิน ความสมดุลระหว่างความต้องการ (demands) กับแหล่งประ โยชน์ที่มีอยู่ (resources) ของบุคคลนั้น บุคคลจะเกิดความเครียดเมื่อประเมินว่าตนเองไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้ ซึ่งเป็นการประเมินในระยะแรก เรียกว่า การประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal) โดยประเมินเหตุการณ์นั้นว่าไม่เกี่ยวข้องหรือมีผลดี หรือทำทาบความสามารถบุคคลนั้นก็ จะไม่มีความเครียด แต่ถ้าประเมินว่า เหตุการณ์นั้นมีผลกับตนในทางลบ เช่น คุกคาม อันตรายหรือสูญเสียบุคคลจะมีความเครียดเกิดขึ้น การ ประเมินในระยะที่สองที่เรียกว่า การประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่ง ประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับปัญหานั้น โดยใช้สติปัญญาพิจารณาแล้วบุคคลก็หาทางจัดการ แก้ไขปัญหา (coping) อย่างเหมาะสม ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนที่จะจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ ได้ก็เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินในระยะทุติยภูมิ ซึ่งการประเมินทั้งสองระยะนี้สามารถเกิดขึ้น พร้อมๆกันได้ ต่อมาบุคคลก็อาจมีการประเมินซ้ำ (reappraisal) ได้อีก ถ้าสถานการณ์นั้นเกิดขึ้นเป็น เวลานาน เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วก็จะหาวิธีการจัดการกับปัญหา

บุคคลมีวิธีจัดการกับปัญหา โดยอาจแสดงออกเป็นพฤติกรรมเผชิญความเครียด (coping behavior) ลาสซารัส และ โฟล์คแมน กล่าวว่าบุคคลมีพฤติกรรมเผชิญความเครียด 2 ด้าน คือ 1) ด้านพฤติกรรม มุ่งการแก้ปัญหา (problem-focused behavior) คือ การยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วหาทางช่วยเหลือจาก แหล่งต่างๆ เพื่อลดปัญหา หรือขจัดให้หมด ไป 2) ด้านพฤติกรรมจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused behavior) เป็นกลไกของจิตใจที่จะช่วยบรรเทาความเครียด ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะใช้แหล่งประ โยชน์ ในการเผชิญกับความเครียด (coping resources) ที่มีอยู่ในตัวบุคคล และสังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัว ได้แก่ ภาวะสุขภาพและพลังงานของบุคคล ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับปัญหา ทักษะ ในการแก้ปัญหา ทักษะทางด้านสังคม แรงสนับสนุนจากสังคม และแหล่งประ โยชน์ด้านวัตถุม่าใช้ อย่างเต็มที่ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการปรับตัว (adaptation outcome) ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลลัพธ์ใน การปรับตัวทั้งด้านภาวะสุขภาพ ขวัญกำลังใจ การทำหน้าที่ในสังคม (Lazarus & Folkman, 1984) บุคคล

ที่เผชิญกับความเครียดได้ดี คือบุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ และสามารถปรับตัวได้ สำหรับการรับรู้ภาวะการดูแลนั้นสามารถเชื่อมโยงเข้ามาเป็นการประเมินปฐมภูมิโดยภาวะการดูแลนั้นจะเกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้ ซึ่งส่งผลสู่การเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ที่เกิดจากการดูแลของผู้ดูแล (Carey et al, 1991) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าเครื่องมือในการประเมินภาวะการดูแลของ โอเบิร์ตที่เหมาะสมกับงานวิจัยนี้

### ผลกระทบของการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยอัมพาตก่อนหน้านั้นผู้ดูแลจะต้องเพิ่มบทบาทหน้าที่ที่มากขึ้นนอกเหนือจากที่มีอยู่เดิม โดยการดูแลผู้ป่วยอัมพาตก่อนหน้านั้นเป็นบทบาทหน้าที่ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ไม่มีการเตรียมตัวมาก่อน ผู้ดูแลจึงต้องมีการปรับตัวอย่างมากกับการดูแลที่เกิดขึ้น ทั้งยังต้องพยายามที่จะหาความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนอย่างมากมาย เพื่อให้สามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแล การปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการ และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ (จอมน, 2540; พวงทอง, 2541) ความรับผิดชอบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยอัมพาตก่อนล่วงหน้าของผู้ดูแลอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแล และได้รับผลกระทบจากการรับรู้ภาะนั้นๆ ได้

ผลกระทบที่เกิดจากการรับรู้ภาวะการดูแลซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเป็นสามีหรือภรรยา และสูงอายุด้วยกันทั้งคู่ก็มีโรคประจำตัว ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาทำให้การดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา โรคประจำตัวที่เป็นกำเริบมากขึ้น (ศิริพันธุ์, 2549; กรรณิกา, 2546) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ และสภาพอารมณ์จากการรับรู้ภาวะการดูแล เกิดความรู้สึกในด้านลบจากการดูแลผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกเศร้า ผิดหวัง วิตกกังวล หดหู่ใจ (ชุตินา, 2550) จากการศึกษาของชาน และคณะ (Chan et al., 2000) ทำการศึกษาการปรับตัวของกลุ่มสมรสของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกสันหลังในประเทศฮ่องกง จำนวน 40 ราย พบว่า คู่สมรสที่ให้การดูแลบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกสันหลังรับรู้ว่าการดูแลที่เกิดขึ้นเป็นภาระ และได้รับผลกระทบจากการดูแล คือเกิดความรู้สึกซึมเศร้าในระยะเวลายาวนานจากการที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ แมนิแกนแดน และคณะ (Manigandan et al., 2000) ถึงความผาสุกทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังในประเทศอินเดีย จากผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 38 ราย พบว่า ร้อยละ 78.9 ของผู้ดูแลมีภาวะ โศกเศร้า จากพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เนื่องจากเป็นอัมพาต

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการรับรู้การดูแลของผู้ดูแล มีความแตกต่างกันในผู้ดูแลแต่ละบุคคล โดยพบปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแล สามารถแบ่งได้ 2 ด้าน คือ ด้านผู้ดูแลและผู้ป่วย ในด้านผู้ดูแล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การดูแลสามารถแบ่งได้ 2 หมวด คือ ปัจจัยพื้นฐาน และปัจจัยด้านกระบวนการคิด ส่วนปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแล ประกอบด้วย ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล ปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างและปัจจัยด้านกระบวนการคิดของผู้ดูแลซึ่ง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล

การรับรู้การดูแลในการดูแลของผู้ดูแลนอกจากขึ้นอยู่กับลักษณะของภาระงานที่เกิดขึ้นแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลที่มีผลต่อการรับรู้การดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีรายละเอียดดังนี้

##### เพศ

เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล เพศที่ต่างกัน จะมีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน และช่วยดูแลสมาชิกในบ้าน เช่น เด็กเล็ก หรือ ผู้สูงอายุ การเข้ารับบทบาทของผู้ดูแลจะสามารถปรับตัวได้ง่าย ส่วนเพศชายจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว หากต้องรับบทบาทของผู้ดูแลจะปรับตัวได้ยากกว่า (วิลสัน, 2537) จากการศึกษา ของคาเรย์ และคณะ (Carey et al., 1991) พบว่าเพศชายใช้เวลาทำกิจกรรมต่างๆภายในบ้านและมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ ขวัญตา และคณะ (2546) พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มจะมีความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีอารมณ์อ่อนไหว และถูกคาดหวังว่าให้การดูแลดีกว่าเพศชายจึงต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย

##### อายุ

ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะผ่านประสบการณ์ชีวิตมาก ทำให้มีกระบวนการตัดสินใจ ในการเผชิญปัญหาได้ดีและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยอาจดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย แต่เมื่อผู้ดูแล

มีอายุมากทำให้ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยด้านแรงงานมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย (วิมลรัตน์, 2537) จากการศึกษาของสายพิณ (2536) พบว่า การที่ผู้ดูแลอยู่ในวัยสูงอายุ ทำให้มีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกายส่งผลต่อการมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย และจากการศึกษาของเพชร (2545) ถึงการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลเสนาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ วัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่เต็มเปี่ยมไปด้วยความรัก ความห่วงใย มีความอดทนยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และไม่รู้สึกเป็นภาระ

#### ระดับการศึกษา

การศึกษาทำให้บุคคลพัฒนาสติปัญญาและความสามารถในการเรียนรู้และการปรับตัว ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาคดี จะพยายามหาเหตุผลและวิธีการจัดการการกับปัญหาได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ในสังคมได้มากขึ้น (วิมลรัตน์, 2537) พรชัย และยุพิน (2544) ถึงความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมถึงปริญญาตรีร้อยละ 98 ทำให้ประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นสิ่งท้าทายและเกิดผลดีกับตนเอง จึงพยายามคิดหาวิธีต่างๆ เพื่อเผชิญกับปัญหาและความเครียดที่เกิดขึ้นและเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหา โดยใช้วิธีการจัดการปัญหา แตกต่างกับการศึกษาของ เพ็ญใจ (2540) ที่พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ต้องดูแลเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจะมีลักษณะเหมือนเดิม และมีความซับซ้อนในการทำกิจกรรมน้อย ทำให้ผู้ดูแลที่ได้รับการศึกษามากหรือน้อยก็สามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมือนกัน

#### ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดตามมา มีผลต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแล จากการศึกษาของนันทพร (2545) พบว่า การที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานนั้น ส่งผลให้เกิดความเครียดสะสม ทำให้ผู้ดูแลมีความอดทนในการดูแลน้อยลง ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมการดูแล ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระการดูแลที่สูงขึ้น และเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยยาวนานขึ้น ผู้ดูแลมักได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างน้อยลง ผลักภาระการดูแลทั้งหมดให้ผู้ดูแลเพียงลำพัง ยิ่งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลเพิ่มมากขึ้น (สุตศิริ, 2541) และจากการศึกษา มาร์ชและเกรย์ (Meyers & Gray, 2001) ถึงภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานจะมีการรับรู้ภาระการดูแลที่สูงกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาดั้งเดิม ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ จินตนา (2540) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยมานานมากกว่า 2 ปีทำให้มีความชำนาญและสามารถปฏิบัติกิจกรรมใน

การดูแลได้ดีขึ้น ใช้เวลาในการดูแลน้อยลง มีความยุ่งยากในการดูแลลดลงส่งผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลในระดับปานกลาง และจากการศึกษาของ สุธิสา (2548) ถึงอิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแล เนื่องจากผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลสั้น คือ 14-31 วัน และอาจเนื่องจากสุขภาพของผู้ดูแลที่ยังแข็งแรงและไม่มีโรคประจำตัว และได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว

#### สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล

เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเกิดเจ็บป่วยขึ้นบทบาทการดูแลเป็นสิ่งที่ต้องตกลงในครอบครัวว่าใครจะเป็นผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัวมีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแล กล่าวคือ การมีสัมพันธภาพใกล้ชิดของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย และถือเสมือนเป็นบทบาทหน้าที่ที่พึงปฏิบัติ (ขวัญตา และคณะ, 2546) จากการศึกษาของ เพียงใจ (2540) ถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ถ้าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยดี การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลจะน้อย เนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันและมีความผูกพันต่อกัน ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยมีความสำคัญในชีวิต เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย เกิดความเชื่อ พฤติกรรมและคุณภาพการดูแลที่ดี และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยสามารถทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 13 สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร (2545) ถึงประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลทั้ง 10 ราย มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย คือเป็นภรรยา 4 ราย สามี 1 ราย บุตรสาว 3 รายและบุตรชาย 2 ราย ผู้ดูแลทุกรายรับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระที่หนักและสร้างความเครียดให้รอบด้าน แต่ยืนยันที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไปให้ยาวนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ เนื่องจากความผูกพันกับผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วย จึงไม่คิดทอดทิ้ง และมีความมุ่งมั่นในการดูแล และการศึกษาของ กรรณิกา (2546) พบว่า สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแล ซึ่งแสดงว่า ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดการปรับตัวที่ดีต่อการดูแล และไม่เกิดความรู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระ

#### ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ผู้ดูแลที่มีสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอ่อนแอ เจ็บป่วยมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า มองโลกในแง่ร้าย จะทำให้มีความยากลำบากในการเผชิญความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่มีสุขภาพจิตดี และมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ (วิลรัตน์, 2537) ผู้ดูแลที่มีอาการเจ็บป่วยระหว่างดูแลผู้ป่วย และในขณะที่เดียวกันผู้ดูแลเองก็มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว และต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง



ของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย เกิดความเครียด มีการแปรปรวนทางอารมณ์ และเพิ่มความรู้สึกยากลำบากในการดูแลมากขึ้น ทำให้เกิดการรับรู้ภาวะการดูแลมากขึ้นได้ (เพียงใจ, 2540)

### ปัจจัยด้านผู้ป่วย

#### ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย

เมื่อไขสันหลังบาดเจ็บพหุประสาทที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลสูญเสียความสามารถในการรับรู้สติและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ รวมทั้งสูญเสียการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ (Duran, Lugo, Ramirez & Eusse, 2001) พหุประสาทที่เกิดขึ้นกับระบบประสาทสั่งการอย่างถาวรได้ระดับที่บาดเจ็บทำให้บุคคลอัมพาตท่อนล่างไม่สามารถเดินได้ จะต้องใช้ล้อเข็นควบคุมการเคลื่อนไหว โดยการใช้มือแทนขาไปตลอดชีวิต (อัจฉรา และคณะ, 2545) ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนตัวที่เคยทำได้ด้วยตัวเอง เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ (Gill, 1999) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง แต่ละรายมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพและความรุนแรงของการบาดเจ็บ เมื่อผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองลดลงต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลที่เกิดขึ้นเป็นภาระในการดูแลได้ จากการศึกษาของ ชาน และคณะ (Chan et al., 2000) ถึงการปรับตัวของกลุ่มสมรสของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกสันหลังในประเทฮ่องกง จำนวน 40 ราย พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายการรับรู้ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยได้ เช่นเดียวกับ จินคณา (2540) พบว่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแล และการศึกษาของ บูล (Bull, 1990) พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบ กับภาระของผู้ดูแลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และ 2 เดือน และสามารถทำนายภาระการดูแลได้ถึงร้อยละ 53 หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่บ่งชี้ถึงภาระการดูแลของผู้ดูแล

#### การประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

ปัจจุบันมีเครื่องมือวัดที่ใช้ในการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยหลายชนิด ขึ้นอยู่กับทางเลือกใช้ เพื่อประเมินให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่

1. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูทางการแพทย์แห่งชาติ (SNMRC-Functional assessment) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการติดตามความก้าวหน้าของการรักษาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้หลักเกณฑ์การดูแลแบบสหวิชาชีพ

ซึ่งศูนย์สรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูทางการแพทย์แห่งชาติสร้างขึ้นเพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีทั้งหมด 10 หมวด รวม 35 กิจกรรม (คาร์ณี และคณะ, 2548) ประกอบด้วย หมวดที่ 1 การรับประทานอาหาร (feeding) จำนวน 2 ข้อ, หมวดที่ 2 การทำความสะอาดใบหน้า ศีรษะและมือ (grooming) จำนวน 4 ข้อ, หมวดที่ 3 การทำความสะอาดร่างกาย (cleaning) จำนวน 3 ข้อ, หมวดที่ 4 การแต่งตัว (dressing) จำนวน 6 ข้อ, หมวดที่ 5 การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ-อุจจาระ (bowel and bladder management) จำนวน 2 ข้อ, หมวดที่ 6 การเคลื่อนไหว (mobility) จำนวน 6 ข้อ, หมวดที่ 7 การเดิน (walking) หรือเคลื่อนที่โดยใช้รถนั่งคนพิการ (wheelchair) จำนวน 5 ข้อ, หมวดที่ 8 การสื่อความหมาย (communication) จำนวน 2 ข้อ, หมวดที่ 9 การเข้าสู่สังคม (social cognition) จำนวน 4 ข้อ และหมวดที่ 10 กิจกรรมประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ขั้นสูงในการช่วย จำนวน 3 ข้อ และแบบประเมินชุดนี้ได้ทดลองใช้ในผู้ป่วยจำนวน 35 รายในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับการรักษาและฟื้นฟูที่ศูนย์สรีรวิทยา ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .98

2. แบบวัดความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของ แคทซ์ (Katz's Index of ADL) สร้างขึ้นเพื่อใช้ในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก และใช้ติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรคในผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.89 (อารีรัตน์ และเสก, 2539) ผลของการวัดจะได้ข้อมูลเฉพาะระดับความสามารถของผู้ป่วย มีความครอบคลุมเนื้อหาไม่เพียงพอ เนื่องจากคิดค้นมาเพื่อใช้ในเงื่อนไขเฉพาะ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่านั้น (วัชรรา, 2544)

3. แบบวัดของบาร์เทล (Barthel Index Score) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดย มาโฮเนย์ และบาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1965) เพื่อประเมินความสามารถของผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อ ระบบประสาท หรือกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งมีทั้งหมด 10 กิจกรรม ประกอบด้วย การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การทำความสะอาดร่างกาย การใช้ห้องสุขา การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปที่รถ การลุกนั่งบนเตียง การเคลื่อนไหวร่างกายในแนวราบ การแต่งตัว/การผูกรองเท้า การขึ้นลงบันได และการอาบน้ำ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.89 (อารีรัตน์ และเสก, 2539) แบบวัดของบาร์เทล บอกความแตกต่างของระดับการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน แต่การให้คะแนนค่อนข้างหยาบและการประเมินเน้นที่ตัวผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (วัชรรา, 2544)

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการที่ศูนย์สรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูทางการแพทย์แห่งชาติ (SNMRC-Functional assessment) เนื่องจากจัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นมาตรฐาน สำหรับการประเมินความก้าวหน้าในการทำกิจกรรมต่างๆ

ของผู้ป่วย/ผู้พิการสามารถประเมินได้ครอบคลุมทั้งการวัดความสามารถในด้านร่างกายและกระบวนการคิด ทำให้เห็นถึงการเชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับสังคมและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เหมาะสำหรับการใช้ในการประเมินผู้ป่วยอัมพาตก่อนล่าง เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูทางด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อการกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมกับความพิการที่มีอยู่

### ปัจจัยด้านกระบวนการคิดของผู้ดูแล

#### การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยอัมพาตก่อนล่างผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแล จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพภายใน โรงพยาบาลระยะหนึ่ง หลังจากนั้นผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน กับครอบครัวและญาติ (วนิดา, 2546; นันทพร, 2545; อัจฉรา และคณะ, 2545) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตก่อนล่าง จึงเป็นความเชื่อมั่นของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วยอัมพาตก่อนล่าง โดยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย กระทำเพื่อที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ดังนั้นหากผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตก่อนล่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดี จะช่วยให้ผู้ดูแลทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ดี โดยไม่รู้สึกลังเลถึงความยากลำบากในการดูแล ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลลดลงด้วย

จากการศึกษาของ ปิยรัตน์ (2545) ถึงความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 105 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลจากเจ้าหน้าที่พยาบาล ได้เห็นวิธีการดูแลผู้ป่วย และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล จนสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ทำให้การรับรู้ภาวะการดูแลอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างน้อย

### แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล (Perceived self-efficacy)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) หมายถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะ การรับรู้สมรรถนะของตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์อย่างยิ่ง การที่มนุษย์จะรับเอาพฤติกรรมใดเอาไว้นั้นขึ้นอยู่กับ ปัจจัย 2 ประการ (Bandura, 1997 อ้างตามทัศนีย์, 2544) ดังนี้

1. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) หมายถึง ความคาดหวังของบุคคลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นหากรับเอาพฤติกรรมนั้นมาปฏิบัติ

2. ความเชื่อในสมรรถนะ (efficacy expectancy) หมายถึง ความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะมีพฤติกรรมหรือประกอบกิจกรรมที่กำหนดได้ และเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง ดังภาพ 2



ภาพ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในสมรรถนะและความคาดหวังในผลลัพธ์กับพฤติกรรม

(หมายเหตุจาก วารสารสภาพการพยาบาล: การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ หน้า 4, ตัดแปลงโดยทัศนีย์, 2544)

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีความเป็นพลวัต (dynamic) สามารถที่จะผันแปรได้ตลอดเวลา ตามลักษณะของกิจกรรมหรืองานที่ต้องกระทำและสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีผลต่อการผันแปรการรับรู้สมรรถนะ (Bandura, 1997 อ้างตามทัศนีย์, 2544) ดังนี้

1. ระดับความยากง่ายของพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ต้องทำ (level) บางคนจะมีความเชื่อในความสามารถของตนต่อกิจกรรมที่ไม่ยากนักเท่านั้น แต่เมื่อกิจกรรมนั้นมีความยากลำบากหรือต้องใช้ความพยายามมากขึ้น ความเชื่อในความสามารถของตนจะลดลง

2. พลังความเชื่อในความสามารถของตนเองต่อกิจกรรมที่ต้องทำ (strength) บุคคลที่มีความเชื่ออย่างแรงกล้าในความสามารถของตนเองจะไม่ล้มเลิกความตั้งใจได้โดยง่ายแม้ว่ากิจกรรมที่ต้องกระทำนั้นมีความยากลำบากมาก

3. ความครอบคลุมของการรับรู้สมรรถนะของตนเองภายใต้สถานการณ์หนึ่งไปยังอีกสถานการณ์หนึ่ง (generality) หมายถึง การประสบความสำเร็จของชิ้นงานชิ้นหนึ่งจะทำให้ผู้นั้นมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนต่อการทำกิจกรรมแบบนั้นได้ ยกตัวอย่าง เช่น ผู้ดูแลสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลได้ ก็จะมีเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านได้เช่นกัน

จากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) สรุปได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล การมีความรู้และความสามารถจะไม่ช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จได้ ถ้าหากขาดความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่นั้น จากการศึกษาของ กัวพรอม (Kuaprom, 1999) พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยพาร์กินสัน 90 รายพบว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณสมบัติสมรรถนะในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่ำ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในการทำกิจกรรมการดูแล จากการศึกษาของ เบ็ญญา (2547) ศึกษาสมรรถนะแห่งตนกับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่ป่วย

จิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจหรือมารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จำนวน 260 ราย พบว่า สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแล โดยรวม ด้านการจัดการกับอาการของโรค และด้านการบริหารยา จากงานวิจัย ที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการ กระทำช่วยให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าไม่มี เครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลที่เฉพาะเจาะจงกับการดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) และการรับรู้ การดูแลของโอเบิสท์ (Oberst, 1990) เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือวิจัยนี้ ซึ่งคำถามแต่ละข้อ ในถามถึงความเชื่อมั่นของผู้ดูแลเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วยอัมพาต ท่อนล่างตามกิจกรรมการดูแลของโอเบิสท์ (Oberst, 1990) เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ด้าน คือ ประกอบด้วย 1) ด้านความเชื่อมั่นของผู้ดูแลเกี่ยวกับสมรรถนะ แห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลโดยตรง (direct care) เน้นถึงความเชื่อมั่นในการดูแลทางด้านร่างกาย ได้แก่ การรักษา พยาบาล การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกาย 2) ด้านความเชื่อมั่นของผู้ดูแลเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลระหว่างบุคคล (interpersonal care) เน้นถึงความเชื่อมั่นในการดูแลทางจิตใจ ได้แก่ การดูแลด้านอารมณ์ การเฝ้าดูอาการ และเฝ้าระวังอุบัติเหตุ การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการช่วยเหลือด้านการสื่อสาร 3) ด้านความ เชื่อมั่นของผู้ดูแลเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลทั่วไป (instrumental care) ได้แก่ การ จัดการเรื่องการเดินทางเพื่อรับบริการหรือออกนอกบ้าน การบริหารจัดการเรื่องค่ารักษา การทำงานบ้าน การวางแผนกิจกรรมของครอบครัวและผู้ป่วย และการติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ โดยมีข้อคำถาม ทั้งหมด 13 ข้อ และนำเครื่องมือไปหาความตรงและความเที่ยงซึ่งจะกล่าวต่อไปใน บทที่ 3

#### สภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

อัมพาตท่อนล่างเป็นการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายด้านในเวลาทีรวดเร็ว จากการเจ็บป่วยที่กะทันหัน ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจของผู้ป่วย และการเปลี่ยนแปลง ของผู้ดูแลในบทบาทที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่ ใช้เวลาในการดูแลที่ยาวนาน สิ่งเหล่านี้ ล้วนมีผลกระทบต่ออารมณ์ของผู้ดูแลอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่รุนแรงของผู้ป่วย (พวงทอง, 2541) อาจมีผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้ดูแลตามมาอีกด้วย

ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า หากบุคคลไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ ได้ บุคคลนั้นก็จะเกิดความเครียด ซึ่งแต่ละคนเมื่อเกิดความเครียด จะมีการสนองตอบด้วยการรับรู้ต่างๆ เช่น การปฏิเสธ ความโกรธ เศร้า วิดกกังวล ทำท่าย อดทน ความรู้สึกลึกซึ้ง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนเดิม มีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนไป ทำให้มีการแปรปรวนของอารมณ์ทำให้ผู้ดูแลต้องรับมือกับพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วยที่รุนแรงที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล ท้อแท้ เบื่อหน่าย เกิดความเครียดในการดูแล (เพ็ญใจ, 2540; Manigandan et al., 2000) บางครั้งผู้ดูแลอาจจะทะเลาะกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่างๆ แล้วผู้ดูแลมักจะรู้สึกผิด จากภาระกระทำของตนเองภายหลัง ผู้ดูแลอาจมีอาการโกรธผู้ป่วย โกรธตนเอง หรือ โกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ หรือพยาบาล ที่ไม่สามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวก เสมือนถูกตัดขาดจากสังคมทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ มีความรู้สึกเครียด (พรชัย, 2540; ศิริพันธุ์, 2549) จากการศึกษาของ ริชาร์ด และ ชิวชุก (Richards & Shewchuk, 1996) ถึงการติดตามประเมินผลการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 ปี พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลเกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ วิทเซทแคมป์ เจอร์ฮาร์ท ชาลิฟู ไวท์เนค และซาวิก (Weitzenkamp, Gerhart, Charlifue, Whiteneck, & Savic, 1997) พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง มีอารมณ์ซึมเศร้ามากกว่าผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วย และมีการแสดงออกโดยเกิดความเครียดทางด้านร่างกาย มีความเครียดทางจิตใจ รู้สึกเบื่อหน่าย เหนื่อยล้า โกรธ และมีอาการของภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่า อายุของคู่สมรสและผู้ป่วย และการช่วยเหลือในการปัสสาวะสามารถทำนายอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ดูแลได้ โดยคู่สมรสและผู้ป่วยที่มีอายุน้อย และวิธีการดูแลการปัสสาวะแบบการใช้ถุงยางอนามัยต่อกับถุงเก็บปัสสาวะ (condom catheter bladder) มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าสูง จากการศึกษาของ พวงทอง (2541) ถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากการบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการ ในด้านการลดความวิตกกังวลในระดับที่สูง เนื่องจากความต้องการในด้านการลดความวิตกกังวล เป็นการตอบสนองทางจิตใจที่จะช่วยลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสภาพอารมณ์ทางลบ เช่น ความเครียดได้มากที่สุด จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ นั้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของผู้ดูแลและอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยตามมาด้วย

จากการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยการดูแลที่เกิดขึ้นทำให้เกิดผลกระทบแก่ผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพทางอารมณ์ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้

เลือกใช้เครื่องมือในการประเมินสภาพทางอารมณ์ โดย Profile of Mood States (POMS) ซึ่งเป็นแบบวัดที่สร้างโดย แม็คเนียร์, ลอร์ และครอปเปลแมน (McNair, Lorr & Droppleman, 1992) มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามสะท้อนถึงอารมณ์ออกมาใน 6 ประเภท ได้แก่ 1) โกรธ-ไม่เป็นมิตร (anger-hostility) 2) สับสน-งุนงง (confusion-bewilderment) 3) เหนื่อย-เฉื่อยชา (fatigue-inertia) 4) ซึมเศร้า-หม่นหมอง (depression-dejection) 5) ตึงเครียด-กังวล (tension-anxiety) และ 6) กระฉับกระเฉง-คล่องแคล่ว (vigor-activity) และแปลเป็นภาษาไทยโดย เพชรพิเชฐเชียร (Petpichetchian, 2001) แบบวัดนี้สร้างขึ้นเพื่อให้เข้าใจถึงสภาพจิตใจในเรื่องของอารมณ์ ที่เกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้น ทำให้มีผลต่ออารมณ์ในด้านต่างๆ ใช้วัดการแสดงผลออกของภาวะจิตใจของผู้ดูแล ที่ได้รับการกระทบหรือกระตุ้นจากการดูแลผู้ป่วย ให้เกิดมีการแสดงออกต่อสิ่งที่มากระตุ้น และจะมีการแสดงออกของพฤติกรรมและความรู้สึกตามอารมณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่ง เพชรพิเชฐเชียร (Petpichetchian, 2001) นำไปใช้ในการศึกษาประสบการณ์ความปวดในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 300 ราย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.95 และบาคาส ออสติน เจสส์พ วิลเลียมส์ และ โอเบิร์ต (Bakas, Austin, Jessup, Williams & Oberst, 2004) นำไปใช้ในการประเมินสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### ความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

การดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ผู้ดูแลต้องใช้พลังและทุ่มเทเวลาให้อย่างต่อเนื่องและยาวนาน เพราะภารกิจในการดูแลผู้ป่วยนั้นต้องทำด้วยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของความเจ็บป่วย รวมทั้งต้องใช้ทักษะความชำนาญหลายด้าน เช่น การทำแผล การสวนอุจจาระ/ปัสสาวะ การรับมือกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตลอดจนการจัดการกับภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเวลาใดก็ได้ เช่น อุบัติเหตุต่างๆ เป็นต้น ทำให้มีปริมาณงานมากเกินไป ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่หลายบทบาทในเวลาเดียวกัน สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ด้านลบ เช่น ความเหนื่อยล้า คับข้องใจ และความเครียดตามมาได้ (พวงทอง, 2541) ความเครียดนั้นเป็นผลมาจากจากการรับรู้ภาวะการดูแลที่สูงขึ้น ดังการศึกษาของ จริยา (2539) พบว่าการรับรู้ภาวะจากการดูแลมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดจากการดูแลในระดับปานกลางในทางลบ เพราะเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้ผู้ดูแลเสียสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ เกิดปฏิกิริยาตอบสนองหลายอย่าง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และการใช้กลไกป้องกันตนเอง เพื่อให้ความเครียดนั้นลดลง และจากการศึกษาของ บาคาส ออสติน เจสส์พ วิลเลียมส์ และ โอเบิร์ต (Bakas, Austin, Jessup, Williams & Oberst, 2004) เกี่ยวกับการใช้ปริมาณเวลาและความยากลำบากของ

ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการรับรู้ภาวะการดูแลด้านการจัดการเรื่องการเงิน การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

การที่ผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรมการดูแลนั้น ทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลลดลง การดูแลผู้ป่วยนั้นผู้ดูแลอาจเกิดความไม่แน่ใจในสิ่งที่ทำให้กับผู้ป่วยเนื่องจากขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกไม่มั่นใจนี้เองเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียด (ศรีรัตน์, 2546) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความคับข้องใจไม่รู้ว่าควรจะทำอย่างไร ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นสิ่งยากลำบากในการปฏิบัติ ความเครียดก็ยิ่งเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากการศึกษาของ ปิยรัตน์ (2545) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแล และจากการศึกษาของ ก้าวพรหม (Kuaprom, 1999) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยพาร์กินสัน การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความเครียดของญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยพาร์กินสัน จำนวน 90 ราย พบว่าญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่ำ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในการทำกิจกรรมการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ภาวะ การรับรู้สมรรถนะ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะ การรับรู้สมรรถนะ ต่อสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

### สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างจำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยให้ความช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย การรับบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลเป็นบทบาทใหม่ที่เพิ่มขึ้น โดยไม่ทันตั้งตัว หรือไม่คาดคิดมาก่อน เมื่อผู้ดูแลประเมินกิจกรรมการดูแลที่เกิดขึ้นว่าต้องใช้ปริมาณเวลา และความยากลำบากในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาวะการดูแลผู้ป่วย มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดส่งผลให้มีความแปรปรวนของสภาพอารมณ์ได้ ซึ่งการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลที่เกิดขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างถึงแม้ว่าภายหลังการเจ็บป่วยจะมีสภาพความพิการหลงเหลืออยู่แต่ในขณะเดียวกันการรับรู้ทางสติปัญญาของผู้ป่วยเป็นปกติทำให้ผู้ป่วยอาจมีการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ได้ ลักษณะดังกล่าวมีผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล กล่าวคือผู้ดูแลอาจมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ส่งผลต่อการรับรู้สภาพอารมณ์ที่แตกต่างไปจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ทำให้ไม่สามารถบอกการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลว่า



แตกต่างจาการะการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มโรคอื่นๆหรือไม่และส่งผลกระทบต่อสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลอย่างไร มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลแบบใด นอกจากนี้ในการดูแลผู้ป่วย หากผู้ดูแลขาดความเชื่อมั่นในการดูแลทำให้ประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นภาระซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นทำให้มีความน่าสนใจที่จะทำการศึกษาเพิ่มเติม

แม้ว่าการศึกษาในต่างประเทศจะ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง มีการรับรู้ภาระการดูแล มีความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้า การรับรู้ภาระการดูแลและสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ในประเทศไทยก็อาจมีความแตกต่างกันได้ เนื่องจากความแตกต่างของวัฒนธรรม สังคมอาจมีผลต่อการรับรู้ภาระของผู้ดูแลและสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลได้ และในประเทศไทย ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาถึงภาระการดูแลในผู้ป่วยกลุ่มอัมพาตท่อนล่าง การรับรู้ภาระการดูแลนี้จะ เป็นต้นเหตุของการเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลหรือไม่ นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในเรื่องความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างก็มีอิทธิพลต่อสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลได้เช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ที่มีผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง เพื่อเป็นแนวทางในการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ในสถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแล ทำให้สามารถวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลที่เหมาะสมต่อไป

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ต่อสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างที่มารับบริการ หรือเคยมารับบริการที่ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และ โรงพยาบาลปัตตานี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักอายุ 15 ปีขึ้นไปของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง
2. ให้การดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน
3. สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเอง

#### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ( $\alpha = .05$ ) อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 สำหรับค่าขนาดของอิทธิพล (effect size) ของงานวิจัยครั้งนี้ ใช้ที่ .29 จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ จินตนา (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความ สามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาวะในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการดูแลกับความ ต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในด้านอารมณ์ ( $r = 0.29, p \leq 0.5$ ) เมื่อนำค่ามาคำนวณตามสูตร (Polit, 1996, p. 285) (ภาคผนวก ง) จะ ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 99 ราย ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยวางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้จริง 70 ราย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามคุณสมบัตินั้นมีน้อย และมีข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาในการศึกษา อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการทดสอบอำนาจการทดสอบภายหลังการศึกษา (post-hoc power analysis) โดยใช้ค่าความสัมพันธ์ที่ต่ำที่สุด จากการศึกษาครั้งนี้ คือความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะการดูแลกับสภาพอารมณ์ของผู้ดูแล ( $r = .38$ ) ด้วยขนาดตัวอย่าง 70 ราย และกำหนดระดับ

นัยสำคัญที่  $\alpha = .05$  ใช้การทดสอบแบบไม่กำหนดทิศทาง (two-tailed test) ตามแนวทางของ โคเฮน (Cohen, 1988, p. 93) พบว่ามีค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) มากกว่า .80

### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน (ภาคผนวก ก) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส สาเหตุของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ ค่าใช้จ่ายในการรักษา และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป โรคประจำตัว อาการเจ็บป่วยระหว่างดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ

### แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (SNMRC-Functional assessment) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ศูนย์สิรินธรสร้างขึ้นเพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย มี 10 หมวด รวม 35 กิจกรรม (ดารณี และคณะ, 2549) มีรายละเอียดของการให้คะแนนดังนี้

5 คะแนน = Complete independent (ช่วยเหลือตนเองได้ปกติ) หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ทุกขั้นตอนภายในเวลาพอสมควร ไม่ต้องดัดแปลงวิธีการ ไม่ต้องใช้เครื่องช่วยและมีความปลอดภัยในการทำ

4 คะแนน = Independent with assistance (ช่วยเหลือตนเองได้ดี) โดยระบุว่า assistance โดย device หรือ supervision หมายถึง สามารถทำกิจกรรมนั้นๆ ได้เองแต่อาจใช้เวลามากกว่าปกติ หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายอยู่บ้างอาจต้องดัดแปลงวิธีการ อาจต้องใช้เครื่องช่วย หรือต้องมีผู้คอยระวัง ชี้นำขั้นระยะขอ แต่ผู้ช่วยเหลือไม่ได้ออกแรงช่วยทำกิจกรรมนั้นๆ

3 คะแนน = Independent with minimal assistance (ช่วยเหลือตนเองได้มาก) หมายถึง ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากกว่าร้อยละ 50 ออกแรงทำเองต้องการผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย

2 คะแนน = Independent with moderate assistance (ช่วยเหลือตนเองได้น้อย) หมายถึงผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ต้องการผู้ช่วยเหลือมาก

1 คะแนน = Dependent (ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย) หมายถึง ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย

การแปลผลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย/ผู้พิการได้ 11 ระดับ ประเมินจาก 35 กิจกรรม คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 35 – 175 (คาร์ณี และคณะ, 2549) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ

ระดับความสามารถ	ระดับ	ช่วงคะแนน
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ	5	175
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี	4	129 – 174
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก	3	83 – 128
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย	2	36 – 82
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้เลย	1	35

## 2. แบบวัดการรับรู้ภาวะในการดูแล

ผู้วิจัยใช้แบบวัดการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน ที่พัฒนาโดย โอเบิสท์ (Oberst, 1990) ซึ่งแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย โดยสายพิณ (2536) ประกอบด้วย 1) ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล 2) ความยากลำบากในการดูแล มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ และผู้วิจัยได้นำมาดัดแปลง โดยปรับข้อคำถามบางข้อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ

- 1) การดูแลโดยตรง ประกอบด้วยคำถามข้อ 1, 2, 3
- 2) การดูแลระหว่างบุคคล ประกอบด้วยคำถามข้อ 4, 5, 6, 11
- 3) การดูแลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามข้อ 7, 8, 9, 10, 12, 13

ข้อคำถามแต่ละข้อต้องตอบ 2 ลักษณะ คือ ความต้องการการดูแลโดยประเมินจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการกระทำกิจกรรมการดูแล และความยากลำบากในการดูแล ประเมินจากความยุ่งยากซับซ้อนของการดูแล หรือความพยายามในการกระทำการดูแล ลักษณะของข้อคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีรายละเอียดดังนี้

ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล

ระดับที่ 1 ไม่ต้องใช้เวลาในการดูแลเลย

ให้ 1 คะแนน

ระดับที่ 2 ใช้เวลาในการดูแลน้อย

ให้ 2 คะแนน

ระดับที่ 3 ใช้เวลาในการดูแลปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ระดับที่ 4 ใช้เวลาในการดูแลมาก	ให้ 4 คะแนน
ระดับที่ 5 ใช้เวลาในการดูแลมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
ความยากลำบากในการดูแล	
ระดับที่ 1 ไม่ยากลำบากในการดูแลเลย	ให้ 1 คะแนน
ระดับที่ 2 มีความยากลำบากในการดูแลน้อย	ให้ 2 คะแนน
ระดับที่ 3 มีความยากลำบากในการดูแลปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ระดับที่ 4 มีความยากลำบากในการดูแลมาก	ให้ 4 คะแนน
ระดับที่ 5 มีความยากลำบากในการดูแลมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

นำคะแนนทั้ง 2 ส่วนมาคูณกันแล้วถอดรากที่ 2 จะได้คะแนนการดูแลของแต่ละข้อ แล้วนำค่าคะแนนที่คำนวณได้แต่ละข้อมารวมกันจะได้ค่าคะแนนรวมซึ่งจะอยู่ในช่วงระหว่าง 13 – 65 คะแนน คะแนนน้อย แสดงว่าผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระการดูแลน้อย คะแนนมาก แสดงว่าผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระการดูแลมาก

การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยได้แบ่งคะแนนการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาต ท่อนล่าง เป็น 3 ระดับ โดยใช้การคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ชูศรี, 2546)

#### คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด

จำนวนช่วง

กำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้ ดังนี้

#### คะแนนรวมการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล

13.00 – 30.30	หมายถึง	การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลระดับต่ำ
30.31 – 47.60	หมายถึง	การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลระดับปานกลาง
47.61 – 65.00	หมายถึง	การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลระดับสูง

#### คะแนนการดูแลโดยตรง

3.00 – 7.00	หมายถึง	การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลระดับต่ำ
7.01 – 11.10	หมายถึง	การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลระดับปานกลาง
11.11 – 15.00	หมายถึง	การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลระดับสูง

#### คะแนนการดูแลระหว่างบุคคล

4.00 – 9.33	หมายถึง	การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลระดับต่ำ
9.34 – 14.66	หมายถึง	การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลระดับปานกลาง

14.67 – 20.00	หมายถึง	การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลระดับสูง
คะแนนการดูแลทั่วไป		
6.00 – 14.00	หมายถึง	การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลระดับต่ำ
14.01 – 22.10	หมายถึง	การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลระดับปานกลาง
22.11 – 30.00	หมายถึง	การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ยนี้ ใช้เกณฑ์เดียวกันทั้งส่วนปริมาณเวลาที่ใช้ในการกระทำกิจกรรมการดูแล ความยากลำบากในการดูแล และการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลโดยรวม

นอกจากนี้ยังมีคำถามปลายเปิด 2 ข้อ เป็นคำถามที่อิสระแก่ผู้ดูแลในการตอบ โดยข้อแรกเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความช่วยเหลือที่ต้องการเมื่อต้องรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง อีกข้อหนึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับผลกระทบที่ได้รับเมื่อต้องรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง คำถามปลายเปิดนี้ไม่นำมาคิดคะแนน แต่นำมาเป็นแนวทางในการอธิบาย และวิเคราะห์ถึงการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

### 3. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

ผู้วิจัยนำแนวคิดเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) และการรับรู้การดูแลของโอเบิสต์ (Oberst, 1990) เป็นแนวทางในการสร้างแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ซึ่งคำถามแต่ละข้อ ได้ถามถึงความเชื่อมั่นของผู้ดูแลเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนในการให้การดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างตามกิจกรรมการดูแลของโอเบิสต์ (Oberst, 1990) เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ด้าน คือ

- 1) การดูแล โดยตรง ประกอบด้วยคำถามข้อ 1, 2, 3
- 2) การดูแลระหว่างบุคคล ประกอบด้วยคำถามข้อ 4, 5, 6, 11
- 3) การดูแลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามข้อ 7, 8, 9, 10, 12, 13

ลักษณะการให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยแต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน จำนวน 13 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่มั่นใจเลย	ให้คะแนน	1	คะแนน
มั่นใจน้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
มั่นใจปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
มั่นใจมาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
มั่นใจมากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน

การแปลผลคะแนน ค่าคะแนนรวมจะมีค่าระหว่าง 13-65 คะแนน คะแนนที่ต่ำบ่งชี้ว่าสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่ำ คะแนนที่สูงบ่งชี้ว่าสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลสูง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งคะแนนสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง เป็น 3 ระดับ โดยใช้การคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ชูศรี, 2546)

#### คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด

##### จำนวนช่วง

กำหนดเกณฑ์การแปรผลความหมายของค่าคะแนนที่ได้ จากค่าเฉลี่ย ดังนี้

##### คะแนนรวมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

13.00 – 30.30	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลระดับต่ำ
30.31 – 47.70	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลระดับปานกลาง
47.71 – 65.00	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลระดับสูง

##### คะแนนการรับรู้สมรรถนะการดูแลโดยตรง

3.00 – 7.00	หมายถึง	การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลระดับต่ำ
7.01 – 11.10	หมายถึง	การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลระดับปานกลาง
11.11 – 15.00	หมายถึง	การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลระดับสูง

##### คะแนนการรับรู้สมรรถนะการดูแลระหว่างบุคคล

4.00 – 9.33	หมายถึง	การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลระดับต่ำ
9.34 – 14.66	หมายถึง	การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลระดับปานกลาง
14.67 – 20.00	หมายถึง	การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลระดับสูง

##### คะแนนการรับรู้สมรรถนะการดูแลทั่วไป

6.00 – 14.00	หมายถึง	การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลระดับต่ำ
14.01 – 22.10	หมายถึง	การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลระดับปานกลาง
22.11 – 30.00	หมายถึง	การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลระดับสูง

#### 4. แบบวัดสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล

ผู้วิจัยได้นำแบบวัดสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล ใช้วัดการแสดงออกของภาวะจิตใจของผู้ดูแลที่ได้รับการกระทบหรือกระตุ้นจากการดูแลผู้ป่วย ให้เกิดมีการแสดงออกต่อสิ่งที่มากระตุ้น และจะมีการแสดงออกของพฤติกรรมและความรู้สึกตามอารมณ์ที่เกิดขึ้น แบบวัดสภาพทางอารมณ์ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ใช้แบบวัดที่สร้างโดยมคเนียร์, ลอร์ และดรอปเปลแมน (McNair, Lorr & Droppleman, 1992) และแปลเป็นภาษาไทยโดย เพชรพิเชฐเกียรติ (Petchichetchian, 2001) มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ โดยแต่ละ

ข้อคำถามสะท้อนถึงอารมณ์หรือความรู้สึก ลักษณะการให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยแต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่มีความรู้สึกนี้เลย	ให้คะแนน	0	คะแนน
มีความรู้สึกนี้เล็กน้อย	ให้คะแนน	1	คะแนน
มีความรู้สึกนี้ปานกลาง	ให้คะแนน	2	คะแนน
มีความรู้สึกนี้มาก	ให้คะแนน	3	คะแนน
มีความรู้สึกนี้มากที่สุด	ให้คะแนน	4	คะแนน

การแปลผลคะแนนสภาพทางอารมณ์ จะมีค่าระหว่าง 0-120 คะแนน คัดคะแนนตามที่ EdITS (Educational and Industrial Testing Service) manual for the Profile of Mood States (McNair, Lorr & Droppelman, 1992) กำหนด คือ ทุกข้อให้คูณด้วย +1 ยกเว้นข้อ 26 ให้คูณด้วย -1 จากนั้นเอาคะแนนทุกข้อมารวมกัน แล้วบวกด้วย 4 จะเป็นคะแนนรวมของ Total Mood Disturbance (TMD) โดยจำแนกตามสภาพอารมณ์ 6 ประเภท ได้แก่ 1) โกรธ-ไม่เป็นมิตร (anger-hostility) 2) สับสน-งุนงง (confusion-bewilderment) 3) เหนื่อย-เฉื่อยชา (fatigue-inertia) 4) ซึมเศร้า-หม่นหมอง (depression-dejection) 5) ตึงเครียด-กังวล (tension-anxiety) และ 6) กระฉับกระเฉง-คล่องแคล่ว (vigor-activity) (ภาคผนวก จ) การแปลผลคะแนนรวมสภาพอารมณ์ คือ ค่าคะแนนที่ต่ำสะท้อนให้เห็นถึงสภาพอารมณ์ที่เป็นลักษณะทางบวก

#### คุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้หาความตรงและความเที่ยง ประกอบด้วย แบบวัดการระการดูแล แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ผู้วิจัยได้ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

#### ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการรับรู้ภาระในการดูแลและแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง อาจารย์ที่สอนแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพยาบาลผู้ชำนาญการด้านพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความสอดคล้องของเนื้อหากับกรอบแนวคิดในการสร้างแบบประเมิน ความชัดเจนของข้อความ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นนำมาแก้ไขปรับแบบประเมินให้มีความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นจึงนำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือต่อไป



### ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย จากนั้นนำไปทดสอบหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ของแบบวัด และหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบวัดการรับรู้ภาระในการดูแลมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .96 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 และแบบวัดสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างโดยผู้วิจัยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง นำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้วิธีสังเกตร่วม (interrater reliability) กับผู้เชี่ยวชาญจนกว่าจะได้ค่าคะแนนการสังเกตร่วมมากกว่าหรือเท่ากับ .80 หากคิดค่าคะแนนได้น้อยกว่านี้ ผู้วิจัยทำการแก้ไข และประเมินซ้ำร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจนได้ค่าคะแนนการสังเกตร่วมมากกว่าหรือเท่ากับ .80 และจากคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้วิธีสังเกตร่วม (interrater reliability) กับผู้เชี่ยวชาญ 2 ครั้ง ได้ค่าคะแนนการสังเกตร่วมเท่ากับ .94 และ 1.00 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถาม บางข้อคำถามอาจกระทบความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เตรียมการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. หลังจากพยาบาลประจำการที่ทำงานในคลินิก ได้แนะนำตัวของผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามแบบพิทักษ์สิทธิ (ภาคผนวก ข) หากกลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธหรือออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยในการเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้องแต่อย่างใด

2. อธิบายให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะเก็บไว้เป็นความลับ ในการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้องแต่อย่างใด

3. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีภาวะวิกฤตทางจิตใจผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเตรียมการช่วยเหลือดังนี้

3.1 หยุดการตอบแบบสอบถามทันที และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่ โดยการรับฟังและแสดงความเห็นใจ

3.2 ให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างในกรณีที่เกิดปัญหา

4. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง โดยไม่มีผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยอยู่ด้วย ที่แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบล่วงหน้าว่า ถ้าหากไม่สบายใจ หรือไม่มีความพร้อมในการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดการตอบแบบสอบถามได้

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

##### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นต้น เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงติดต่อพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ประจำแผนกที่จะเข้าไปเก็บข้อมูล เพื่อแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

1.2 หลังจาก โครงร่างวิจัยผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาล และกรรมการจริยธรรมของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อผ่านการพิจารณาอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้

1.3 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.3.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางในการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล วิธีการใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดการรับรู้ภาวะในการดูแล แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และแบบวัดสภาพอารมณ์ของผู้ดูแล เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันทั้งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย พร้อมทั้งเปิด โอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และทดลองปฏิบัติ

1.3.2 ในการใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง (SMNRC Functional Assessment) ผู้วิจัยได้ทำการฝึกการใช้แบบวัดให้กับผู้ช่วยวิจัย หลังจากนั้นนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างจำนวน 2 ราย กับผู้ช่วยวิจัยแต่ละท่าน โดยบันทึกค่าคะแนนการปฏิบัติตัว และนำค่าคะแนนมาหาความเชื่อมั่นในการใช้แบบวัด โดยวิธีการสังเกตร่วมกับผู้ช่วยวิจัยท่านที่ 1 ได้ค่าคะแนนการสังเกตรวมเท่ากับ .95 และ 1.00 ตามลำดับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้หารือหาถึงข้อผิดพลาด และแก้ไขร่วมกัน หลังจากนั้นได้ทำการทดสอบซ้ำกับผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างท่านที่ 2 ได้ค่าคะแนนการสังเกตรวมเท่ากับ 1.0 และ 1.00 ตามลำดับหลังจากนั้นนำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง (SMNRC Functional Assessment) ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

## 2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

2.1 เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากกรรมการจริยธรรมของแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกแต่ละหน่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือ ในการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย สํารวจรายชื่อผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ และให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ประจำหน่วยนั้นเป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้วิจัย/ผู้ช่วยกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยและอนุญาตให้ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย เก็บข้อมูล โดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยเป็นผู้แนะนำให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่เข้าร่วมวิจัยรู้จักผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล สร้างสัมพันธภาพ อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยและเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม

2.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยใดๆเกิดขึ้นในระหว่างตอบแบบสอบถามสามารถซักถามจากผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดเวลา และสามารถให้ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึกไว้ในกรณีที่เขียนหนังสือไม่ได้

2.5 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และสอบถามเพิ่มเติมในกรณีที่ข้อมูลยังขาดอยู่ และรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเพื่อดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยประมวลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และผู้ดูแล ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ ระดับการรับรู้การดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ทดสอบข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (multiple regression analysis) โดย

3.1 ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลตัวแปรต้น ได้แก่ การรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และตัวแปรตาม คือ สภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล พบว่า สภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล มีการกระจายตัวเป็น โค้งปกติ แต่ การรับรู้ภาระการดูแล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลมีการแจกแจงไม่เป็น โค้งปกติ ผู้วิจัยได้แปลงข้อมูลตัวแปร (Transforming Variables) ได้แก่ การรับรู้ภาระการดูแลซึ่งมีการแจกแจงข้อมูลเบ้ขวา โดยวิธีลอการิทึม (logarithm) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ซึ่งมีการแจกแจงข้อมูลเบ้ซ้าย ใช้วิธีรีเฟล็ก แอน ล็อกการิทึม (reflect and logarithm) (Tabachnick & Fidell, 2001 อ้างตาม ทรงศักดิ์, 2551) หลังจากแปลงข้อมูลตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปรแล้วพบว่า มีการแจกแจงข้อมูลเป็น โค้งปกติ

3.2 ทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น ได้แก่ การรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และตัวแปรตาม คือ สภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง โดยใช้วิธีการทดสอบแบบ scatter plot

3.3 ทดสอบการกระจายของตัวแปรตามคือ สภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล บนทุกค่าของตัวแปรต้น ได้แก่ การรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล พบว่ามีการกระจายไม่แตกต่างกัน (homoscedasticity)

3.4 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น โดยกำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ของตัวแปรต่อเนื่อง และความสัมพันธ์ ( $r$ ) ชนิด point biserial ของตัวแปรที่เป็น nominal scale หรือ ordinal scale ที่มีการแปลงเป็นตัวแปรหุ่น ไม่เกิน .85 (Munro, 2001) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล มีค่า  $r = .78$  และทดสอบโดยการกำหนดค่า Tolerance น้อยกว่า .20 และ Variance inflation factor (VIF) มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ซึ่งแสดงว่าตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์กันเองสูง (David, 1996) โดยพบว่า การรับรู้ภาระการดูแล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล มีค่า Tolerance = .60 และ VIF = 1.68

3.5 ทดสอบความเป็นอิสระของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรต้น (autocorrelation) ซึ่งต้องเป็นอิสระจากกัน พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของการรับรู้ภาระการดูแล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ซึ่งตรวจสอบได้จากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.52 ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 (กัลยา, 2551)

หลังจากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น และแก้ไขการแจกแจงของข้อมูลตัวแปรต้น ให้มีการแจกแจง และเข้า โค้งปกติแล้ว พบการทดสอบทุกข้อเข้าไปตามเงื่อนไขของ สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (multiple regression analysis)

4. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ สภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ คือ การรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเข้าพร้อมกัน (enter regression analysis)

5. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ สภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรควบคุม คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ดูแล และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย และตัวแปรอิสระ คือ การรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเชิงชั้น (hierarchical multiple regression analysis)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาการรับรู้การดูแลของผู้ดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ที่มีอิทธิพลต่อสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างที่เคยมารับบริการที่ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์ศรีรัง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และโรงพยาบาลปัตตานี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 70 ราย เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม 2551 ถึง เดือนมกราคม 2552 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย
2. การรับรู้การดูแลของผู้ดูแล
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล
4. สภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล
5. ความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้การดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล กับสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล
6. การทำนายการรับรู้การดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ต่อสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล
7. วิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเข้าพร้อมกัน ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้การดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล กับสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง
8. การรับรู้การดูแลตนเองจากคำถามปลายเปิด

## 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล

### 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 74.30 มีอายุเฉลี่ย 42 ปี (SD = 13.80 ปี) นับถือศาสนา พุทธ คิดเป็นร้อยละ 82.90 มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 52.90 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 35.70 ไม่ได้ทำงานคิดเป็น ร้อยละ 55.70 และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 74.30 ดังรายละเอียดในตาราง 1

#### ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล  
(N = 70)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	52	74.30
หญิง	18	25.70
<b>อายุ (ปี) (M = 42, SD = 13.80, Min = 12, Max = 85)</b>		
น้อยกว่า 15 ปี	1	1.40
15 – 30 ปี	13	18.60
31 – 45 ปี	30	42.90
46 – 60 ปี	20	28.50
60 ปีขึ้นไป	6	8.60
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	58	82.90
อิสลาม	12	17.10
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	37	52.90
โสด	23	32.90
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	10	14.20

หมายเหตุ : M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Min = ค่าต่ำสุด, Max = ค่าสูงสุด

## ตาราง 1 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

(N = 70)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	5	7.10
ประถมศึกษา	22	31.40
มัธยมศึกษา	25	35.70
อนุปริญญา	9	12.90
ปริญญาตรี	9	12.90
อาชีพ		
ค้าขาย	9	12.90
รับจ้าง	12	17.10
เกษตรกรกรรม	4	5.70
รับราชการ/วิสาหกิจ	6	8.60
ไม่ได้ทำงาน	39	55.70
สิทธิการรักษา		
เบิกจากต้นสังกัด	13	18.60
ประกันสังคม	3	4.30
บัตรประกันสุขภาพผู้พิการ(ท.74)	52	74.20
สังคมสงเคราะห์	2	2.90

## 1.2 ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอัมพาตก่อนล่าง

สาเหตุของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ร้อยละ 47.10 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-122 เดือน คิดเป็นร้อยละ 61.40 และพบผู้ป่วยเพียง 1 รายที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานที่สุด 492 เดือน (M = 125.96 เดือน, SD = 108.22 เดือน) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 84.30 ผู้ป่วยร้อยละ 78.60 มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดี รองลงมา มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก คิดเป็นร้อยละ 18.60 ดังรายละเอียดในตาราง 2



## ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลความเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (N = 70)

ข้อมูลความเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุการเจ็บป่วย		
อุบัติเหตุบนท้องถนน	33	47.10
ตกจากที่สูง	10	14.30
ถูกยิง/ถูกแทง	12	17.10
ของหนักตกทับ/หกล้ม	9	12.90
เป็นโรคที่ไขสันหลัง	6	8.60
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (เดือน) (M = 125.96, SD = 108.22, Min = 4, Max = 492)		
1 – 122 เดือน	43	61.40
123 – 245 เดือน	16	22.80
246 – 368 เดือน	9	12.90
369 เดือนขึ้นไป	2	2.90
โรคประจำตัวของผู้ป่วย		
ไม่มี	59	84.30
มี	11	15.70
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (M = 143.12, SD = 22.18, Min = 71, Max = 169)		
ปฏิบัติได้ดี	55	78.60
ปฏิบัติได้มาก	13	18.60
ปฏิบัติได้น้อย	2	2.90

หมายเหตุ : M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Min = ค่าต่ำสุด, Max = ค่าสูงสุด

### 1.3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.70 มีอายุระหว่าง 31-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.40 อายุเฉลี่ย 47.83 ปี (SD = 12.87 ปี) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 84.30) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80) การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.90) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 28.60) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 12091.86 บาท (SD = 11151.85 บาท) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอ

คิดเป็นร้อยละ 58.60 มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ไม่เกิน 2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 85.80 มีความเกี่ยวข้องเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย (ร้อยละ 45.70) มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 68.60 ดังรายละเอียดในตาราง 3

### ตาราง 3

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

(N = 70)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	24.30
หญิง	53	75.70
อายุ (ปี) (M = 47.83, SD = 12.87, Min = 16, Max = 80)		
15 – 30 ปี	6	8.60
31 – 45 ปี	29	41.40
46 – 60 ปี	22	31.40
60 ปีขึ้นไป	13	18.60
ศาสนา		
พุทธ	59	84.30
อิสลาม	11	15.70
สถานภาพสมรส		
คู่	56	80
โสด	6	8.60
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	8	11.40
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	10	14.30
ประถมศึกษา	30	42.90
มัธยมศึกษา	11	15.70
อนุปริญญา	5	7.10
ปริญญาตรี	14	20

หมายเหตุ : M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Min = ค่าต่ำสุด, Max = ค่าสูงสุด

## ตาราง 3 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

(N = 70)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ค้าขาย	14	20
รับจ้าง	15	21.40
เกษตรกรกรรม	20	28.60
รับราชการ/วิสาหกิจ	9	12.90
ไม่ได้ทำงาน	12	17.20
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท) (M = 12091.86, SD = 11151.85, Min= 1000, Max = 60000)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	19	27.10
5,001 – 10,000 บาท	28	40
10,001 – 15,000 บาท	7	10
15001 – 20,000 บาท	6	8.60
20,000 บาทขึ้นไป	10	14.30
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	29	41.40
ไม่เพียงพอ	41	58.60
ค่าใช้จ่ายในการดูแลเฉลี่ยต่อเดือน (บาท) (M = 1451.43, SD = 2158.28, Min = 0, Max = 10000)		
น้อยกว่า 500 บาท	30	42.90
501 – 2,000 บาท	30	42.90
2,001 – 3,500 บาท	4	5.60
3,501 – 5,000 บาท	3	4.30
5,000 บาทขึ้นไป	3	4.30

หมายเหตุ : M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Min = ค่าต่ำสุด, Max = ค่าสูงสุด

## ตาราง 3 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

(N = 70)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย		
บิดา/มารดา	20	28.60
คู่สมรส	32	45.70
บุตร	6	8.60
พี่/น้อง/ญาติ	12	17.10
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	48	68.60
ครอบครัวขยาย	22	31.40

## 1.4 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ดูแล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนว่าแข็งแรง (ร้อยละ 82.9) โดยรับรู้ว่าสุขภาพแข็งแรงคือ คิดเป็นร้อยละ 38.60 รองลงมาแข็งแรงพอสมควร คิดเป็นร้อยละ 22.90 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 75.70 มีเพียงร้อยละ 24.30 ที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, ภาวะแพ้อาหาร, หอบ, ภูมิแพ้, โรคหัวใจ, ปวดตามข้อ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บป่วยระหว่างดูแล คิดเป็นร้อยละ 75.70 มีเพียงร้อยละ 24.30 ที่มีอาการเจ็บป่วยระหว่างการดูแล เช่น โรคหลอดเลือดสมอง, ปวดศีรษะ, ปวดเมื่อยตัว ดังรายละเอียดในตาราง 4

## ตาราง 4

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ (N = 70)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพตามการรับรู้		
แข็งแรงดีมาก	15	21.40
แข็งแรงดี	34	48.60
แข็งแรงพอสมควร	16	22.90
ไม่ค่อยแข็งแรง	5	7.10
โรคประจำตัว		
ไม่มี	53	75.70
มี	17	24.30
อาการเจ็บป่วยระหว่างดูแลผู้ป่วย		
ไม่มี	53	75.70
มี	17	24.30

## 1.5 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 105.57 เดือน (SD = 97.24 เดือน) โดยมีระยะเวลาในการดูแลต่ำสุด 2 เดือน สูงสุด 492 เดือน ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 1-122 เดือน คิดเป็นร้อยละ 70 มีจำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 4.81 ชั่วโมง/วัน (SD = 2.66 ชั่วโมง/วัน) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่า 5 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 62.9 โดยจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลต่ำสุด 1 ชั่วโมง/วัน สูงสุด 12 ชั่วโมง/วัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น คิดเป็นร้อยละ 92.90 มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 65.70 และไม่ผู้ป่วยอื่นๆที่อยู่ในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 91.4 ดังรายละเอียดในตาราง 5

## ตาราง 5

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย (N = 70)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (เดือน) (M = 105.57, SD = 97.24, Min = 2, Max = 492, Mode = 60, Median = 72)		
1 – 122 เดือน	49	70
123 – 245 เดือน	14	20
246 – 368 เดือน	6	8.6
369 เดือนขึ้นไป	1	1.40
จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย/วัน (M = 4.81, SD = 2.66, Min = 1, Max = 12)		
น้อยกว่า 5 ชั่วโมง	44	62.9
5 – 10 ชั่วโมง	24	34.3
มากกว่า 10 ชั่วโมง	2	2.8
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น		
ไม่มี	65	92.90
มี	5	7.10
มีผู้ดูแลร่วม		
ไม่มี	24	34.30
มี	46	65.70
จำนวนผู้ป่วยอื่นๆที่อยู่ในการดูแล		
ไม่มี	64	91.4
มี	6	8.6

หมายเหตุ : M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Min = ค่าต่ำสุด, Max = ค่าสูงสุด,  
Mode = ค่าฐานนิยม, Median = ค่ามัธยฐาน

## 2. การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $M = 24.23$ ,  $SD = 7.55$ ) เมื่อพิจารณาใน 2 มิติของการรับรู้ภาวะการดูแล พบว่า การรับรู้ความยากลำบากในการดูแลมีคะแนนเฉลี่ย ( $M = 24.46$ ,  $SD = 7.86$ ) สูงกว่าการรับรู้ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล ( $M = 24.01$ ,  $SD = 7.75$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสูงสุด คือ การดูแลทั่วไป ( $M = 11.21$ ,  $SD = 3.21$ ) รองลงมา คือ การดูแลระหว่างบุคคล ( $M = 7.73$ ,  $SD = 2.38$ ) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะต่ำสุด คือ การดูแลโดยตรง ( $M = 5.10$ ,  $SD = 1.96$ ) ดังรายละเอียดในตาราง 6

### ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแล จำแนกโดยรวมและรายด้าน ( $N = 70$ )

กิจกรรม	ปริมาณเวลาที่ใช้			ความยากลำบาก			ภาวะการดูแล		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
การดูแลโดยตรง	5.09	2.01	ต่ำ	5.15	1.97	ต่ำ	5.10	1.96	ต่ำ
การดูแลระหว่างบุคคล	7.71	2.44	ต่ำ	7.86	2.47	ต่ำ	7.73	2.38	ต่ำ
การดูแลทั่วไป	11.20	3.30	ต่ำ	11.44	3.42	ต่ำ	11.21	3.21	ต่ำ
รวม	24.01	7.75	ต่ำ	24.46	7.86	ต่ำ	24.23	7.55	ต่ำ

หมายเหตุ : M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## 3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 55.86$ ,  $SD = 7.71$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การดูแลทั่วไป ( $M = 25.54$ ,  $SD = 3.77$ ) รองลงมา คือ การดูแลระหว่างบุคคล ( $M = 17.07$ ,  $SD = 2.48$ ) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การดูแลโดยตรง ( $M = 13.24$ ,  $SD = 1.94$ ) ดังรายละเอียดในตาราง 7

## ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล จำนวน  
โดยรวมและรายด้าน (N = 70)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	M	SD	ระดับ
การดูแลโดยตรง	13.24	1.94	สูง
การดูแลระหว่างบุคคล	17.07	2.48	สูง
การดูแลทั่วไป	25.54	3.77	สูง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม	55.86	7.71	สูง

หมายเหตุ : M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## 4. สภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล

ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยสภาพทางอารมณ์โดยรวมเท่ากับ 28.72 (SD = 14.52) ซึ่งเป็นคะแนนที่ต่ำ แสดงว่า สภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลมีลักษณะที่เป็นทางบวก โดยมีสภาพอารมณ์ด้านซึมเศร้า-หม่นหมอง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (M = 2.14, SD = 2.52) ดังรายละเอียดในตาราง 8

## ตาราง 8

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลจำนวน  
โดยรวม และรายด้าน (N = 70)

สภาพทางอารมณ์	ช่วงคะแนนค่าถาม	ช่วงคะแนน	M	SD
สภาพทางอารมณ์โดยรวม	0 – 120	7 – 68	28.72	14.52
- ดึงเครียด-กังวล	0 – 20	0 – 13	4.20	3.68
- ซึมเศร้า-หม่นหมอง	0 – 20	0 – 9	2.14	2.52
- โกรธ-ไม่เป็นมิตร	0 – 20	0 – 13	2.27	2.75
- เหนื่อย-เหนื่อยชา	0 – 20	0 – 16	5.47	4.29
- สับสน-งุนงง	0 – 20	0 – 13	4.60	3.00
- กระฉับกระเฉง-คล่องแคล่ว	0 – 20	0 – 19	9.64	6.12

หมายเหตุ : M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



##### 5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล การรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล กับสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ย ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (บิดา/มารดา, สามี/ภรรยา, บุตร) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .38, p < .01$ ) มีความสัมพันธ์ทางลบกับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.15, p < .05$ ) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.69, p < .01$ ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.44, p < .01$ ) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาระการดูแลในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.79, p < .01$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .51, p < .01$ ) ดังรายละเอียดในตาราง 9

## ตาราง 9

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล การรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล กับสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล (N = 70)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. เพศ	1.0										
2. อายุ	.09	1.0									
3. รายได้เฉลี่ย	-.07	-.29*	1.0								
4. บิดา/มารดา	.06	.60**	-.16	1.0							
5. สามี/ภรรยา	.05	-.23*	.17	-.58**	1.0						
6. บุตร	-.30	-.35**	.10	-.19	-.28*	1.0					
7. ภาวะสุขภาพ	.23	.30**	-.33**	.22	-.24*	-.06	1.0				
8. ความสามารถของผู้ป่วย	.13	-.05	.06	.00	.10	-.10	-.05	1.0			
9. ภาระการดูแล	-.06	.02	-.15*	-.04	-.14	0.08	.20	-.69**	1.0		
10. สมรรถนะ	.09	.09	.07	.15	.17	-.14	-.18	.51**	-.79**	1.0	
11. อารมณ์	.06	-.01	-.02	.07	.08	-.07	.15	-.21	.38**	-.44**	1.0

หมายเหตุ: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

6. การทำนายการรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

ผลการวิเคราะห์การทำนายสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล พบว่า การรับรู้ภาระการดูแล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ร่วมกันทำนายความแปรปรวนของคะแนนสภาพทางอารมณ์ได้ร้อยละ 19 (Adjusted  $R^2 = .19$ ,  $p = .00$ ) โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลสามารถทำนายสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .006$ ) ดังรายละเอียดในตาราง 10

ตาราง 10

ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเข้าพร้อมกัน ระหว่างปัจจัยทำนายกับสภาพทาง  
อารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ( $N = 70$ )

ตัวแปรที่ศึกษา	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	b	Beta	t	p value
การรับรู้ภาระการดูแล				12.38	.09	.68	.502
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล	.47	.22	.19	17.56	.40	2.86	.006

Constant = - 3.82,  $F_{(2,67)} = 9.28$ ,  $p = .000$

7. การทำนายปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลที่มี  
อิทธิพล ต่อสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ สภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ซึ่ง  
ประกอบด้วย ตัวแปรควบคุม คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย  
รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ดูแล และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของ  
ผู้ป่วย และตัวแปรต้น คือ การรับรู้ภาระการดูแล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

ผลการวิเคราะห์การทำนายสภาพอารมณ์ของผู้ดูแล พบว่าตัวแปรควบคุม คือ เพศ อายุ ความ  
เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ดูแล และความสามารถในการ  
ปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยสามารถร่วมทำนายสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลได้น้อยมาก (ร้อยละ 1) แต่พบว่า  
ตัวแปรต้น คือ การรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ยังคงร่วมทำนายสภาพทาง  
อารมณ์ของผู้ดูแล ได้ร้อยละ 18 (Adjusted R<sup>2</sup> change = .18,  $p < .005$ ) และพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่ง  
ตนของผู้ดูแล เท่านั้นที่มีอิทธิพลทำนายสภาพทางอารมณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .002$ ) ดัง  
รายละเอียดในตาราง 11

ตาราง 11

ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเชิงชั้น ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสภาพทาง  
อารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ( $N = 70$ )

ตัวแปรควบคุมที่ศึกษา	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup> change	b	Beta	t	p value
ตัวแปรควบคุม (1)	.36	.13	.02	.02				
เพศของผู้ดูแล					1.14	.03	.26	.79
อายุของผู้ดูแล					-.24	-.21	-.13	.20
รายได้เฉลี่ย					-.00	-.00	-.01	.99
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล					3.20	.19	1.38	.57
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม					-.16	-.25	-2.04	.80
บิดา/มารดา					10.51	.33	1.73	.09
สามี/ภรรยา					8.44	.29	1.68	.10
บุตร					.15	.00	.02	.98
ตัวแปรหลัก (2)	.58	.33	.22	.18				
การรับรู้การดูแล					20.03	.15	.88	.38
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล					19.85	.45	3.19	.002

Constant (1) = 47.82,  $F_{(8,61)} = 1.16$ ,  $p = .34$

Constant (2) = -25.78,  $F_{(10,59)} = 2.93$ ,  $p = .00$

#### 8. ความคิดเห็นของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้การดูแลตนเอง

จากคำถามปลายเปิด 2 ข้อ คือ ความช่วยเหลือที่ต้องการและผลกระทบที่ได้รับเมื่อต้องรับ  
บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง พบว่า มีผู้ดูแลจำนวน 27 รายมีความต้องการความช่วยเหลือและ  
ได้รับผลกระทบจากการดูแล โดยกลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นไว้ ดังนี้

##### 8.1 ความช่วยเหลือที่ต้องการ เมื่อต้องรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องการเดินทาง (7 ราย) ดังคำพูดที่ว่า

“อยากให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ่อยๆ เพราะหาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลลำบาก”

“อยากได้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเดินทางหรือให้แพทย์มา

ตรวจที่บ้าน ลำบากในการเคลื่อนย้ายเดินทาง”

ต้องการอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น รถโยก อุปกรณ์ในการทำแผล และ อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วย (8 ราย) ดังคำพูดที่ว่า

“อยากได้อุปกรณ์ในการบริหารร่างกาย”

“ต้องการรถโยกเพื่อช่วยพาผู้ป่วยออกไปนอกสถานที่”

“อยากได้รับความช่วยเหลือจากรัฐในเรื่องเครื่องช่วยการเคลื่อนไหวเพิ่มเติม เช่น รถโยก”

ต้องการความช่วยเหลือทางด้านการเงิน (2 ราย) ดังคำพูดที่ว่า

“อยากได้รับเงินสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ เช่น ค่าแพมเพอร์ส”

“อยากให้ช่วยเรื่องเงินค่าใช้จ่ายเดิมได้อยู่เดือนละ 300 บาทตอนนี้เพิ่งได้ขึ้นมาเป็น 500 บาท ได้มา 2 เดือน”

ต้องการที่ปรึกษา และกำลังใจเมื่อมีปัญหา (3 ราย) ดังคำพูดที่ว่า

“อยากได้กำลังใจ ความเข้าใจ”

## 8.2 ผลกระทบที่ได้รับเมื่อต้องรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่อ่อนล้า

รายได้ลดลง ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย (8 ราย) และต้องออกจากงาน (4 ราย) ดังคำพูดที่ว่า

“ต้องจ้างหมอนพื้นบ้านมาช่วยนวดให้ วันเว้นวันครั้งละ 200 บาท บางครั้งก็ต้องออกไปรับเค้านเองถ้าเค้าไม่มีรถเข้ามา”

“ต้องใช้เวลาส่วนมากในการดูแลผู้ป่วย ศีที่ขายของอยู่ที่บ้านทำให้ไม่เสียรายได้มากนัก แต่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งของภรรยาและของลูกๆ แทนที่จะได้ช่วยกันทำงาน”

“การเดินทางต้องใช้เงินเยอะเวลาต้องพาผู้ป่วยไปไหนมาไหนเพราะต้องเหมารถ”

เครียดและไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง (6 ราย) และเหนื่อยจากการดูแลผู้ป่วย (3 ราย)

“เครียดไม่ได้ทำงาน ไปไหนไม่สะดวกต้องดูแลผู้ป่วย”

“ต้องแบ่งเวลาให้กับการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นในขณะที่ต้องทำงานบ้านด้วย”

“มีผลด้านจิตใจของเรา ถ้าต้องการให้อาใจใส่มากกว่าคนปกติ”

“เครียดเป็นห่วงผู้ป่วยต้องทำงานเพิ่มขึ้นแต่เต็มใจไม่ได้ลำบาก”

“ไม่ค่อยมีเวลาออกไปไหนๆเพราะเป็นห่วงลูก (ผู้ป่วย)”

“เวลาในการดำเนินชีวิตหายไป เช่น การไปทำงานข้างนอก การไปสมทบกับเพื่อนฝูง”

### การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ จะอภิปรายตามลำดับหัวข้อต่อไปนี้เป็น ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล การรับรู้ภาวะการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล สภาพอารมณ์ของผู้ดูแล และปัจจัยทำนายสภาพอารมณ์ของผู้ดูแล

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล

##### ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 31- 45 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของสำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่าผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (สำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข, 2544) มีอายุอยู่ในวัยทำงาน เนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ (กิ่งแก้ว, 2543) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 55.70 ไม่ได้ทำงาน เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวภายหลังการเจ็บป่วย และมีสาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปาจารย์ (Pajareya, 1996) และ อำนวยและชลเวช (2541) ที่พบว่าการบาดเจ็บของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง เกิดจากอุบัติเหตุจากยานพาหนะเป็นสาเหตุหลัก

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 78.60 มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดี กล่าวคือ ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมนั้นได้เองแต่อาจใช้เวลานานกว่าปกติ หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายอยู่บ้างอาจต้องดัดแปลงวิธีการ อาจต้องใช้เครื่องช่วย หรือต้องมีผู้คอยระวัง ชี้นำ คอยช่วยเหลือ แต่ผู้ช่วยเหลือไม่ได้ออกแรงช่วยทำกิจกรรมนั้นๆ (ดารณี และคณะ, 2549) ทำให้ยังคงมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่สามารถประกอบอาชีพได้โดยอาชีพเหล่านั้น ได้แก่ รับจ้าง ค้าขาย รับราชการ/วิสาหกิจ และเกษตรกรรม นอกจากนี้ยังพบว่า กิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ การขึ้น-ลงบันไดอย่างน้อย 12-14 ชั้น รองลงมาเป็นการทรงตัวในท่ายืน การลุกขึ้นยืน การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ เนื่องจากการบาดเจ็บไขสันหลังทำให้มีการสูญเสียความสามารถของประสาทสั่งการ ประสาทการควบคุมกล้ามเนื้อและรับรู้ความรู้สึก และประสาทอัตโนมัติของร่างกายที่อยู่ต่ำกว่ารอยโรค (กิ่งแก้ว, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา และคณะ (2545) ที่พบว่า

กิจกรรมที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย คือ การเคลื่อนไหว/เคลื่อนย้ายตนเอง และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ

### ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เพศหญิง ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 31- 60 ปี ร้อยละ 72.80 มีความเกี่ยวข้องเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย และบิดา/มารดา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เพศหญิง มีความเกี่ยวข้องเป็นญาติของผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือเป็นญาติพี่น้อง (จินนะรัตน์, 2540; Manigandan et al., 2000) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงไม่ได้เรียนหนังสือถึงระดับประถมศึกษา

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 12091.86 บาท แต่ยังคงพบว่าผู้ดูแล ร้อยละ 58.60 มีรายได้ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลและผู้ป่วยกลุ่มนี้มีรายจ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อเดือน 2,000 บาท โดยเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าเดินทางไปพบแพทย์ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังรับการรักษาด้วยแบบแผนอื่น เช่น การนวด โดยหมอพื้นบ้าน

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลมีจำนวนชั่วโมงการดูแลเฉลี่ย 4.81 ชั่วโมง/วัน และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 106 เดือน (ประมาณ 8 ปี 9 เดือน) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตินา (2550) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง จำนวน 30 ราย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเพียง 3-5 ชั่วโมง/วัน และดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี

### 2. การรับรู้การดูแล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลมีการรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างมีคะแนนการรับรู้การในการดูแลต่ำทุกด้าน อาจเนื่องจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน (เฉลี่ยประมาณ 106 เดือนหรือ 8 ปี 9 เดือน) จึงทำให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีเกิดความชำนาญหรือทักษะ ในกิจกรรมการดูแล ประกอบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.60) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับดี เช่น การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย ใบน้ำ ศีรษะและมือ การแต่งตัว การสื่อความหมายและการเข้าสู่สังคม รวมทั้งการเคลื่อนไหวในเรื่องการพลิกตัวบนเตียง ลูกนั่ง และทรงตัวในท่านั่ง (ตาราง ก1) ทำให้ผู้ดูแลรับรู้การในการดูแลผู้ป่วยในระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชาน ลี และ ลีห์แมก (Chan, Lee, & Lieh-Mak, 2000) เกี่ยวกับการเผชิญภาวะการบาดเจ็บไขสันหลังของผู้ป่วยและคู่สมรสในประเทศฮ่องกง พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การในระดับต่ำของคู่สมรสที่ให้การดูแลผู้ป่วย และสามารถทำนายการรับรู้การการดูแลได้ ร้อยละ 18 สอดคล้องกับ ชุตินา (2550) พบว่า

การดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างนั้นผู้ดูแลไม่ได้รับรู้ว่าเป็นภาระเพราะใช้เวลาในการดูแลแต่ละวันน้อย เนื่องจากผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก เช่น สามารถสวนปัสสาวะ/อุจจาระ แต่งกาย เคลื่อนย้ายตัวเองได้ และมีการปรับตัวต่อสภาพความพิการได้

เมื่อพิจารณาการรับรู้ภาระการดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ การรับรู้ความยากลำบากในการดูแล และการรับรู้ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล พบว่า คะแนนเฉลี่ยความยากลำบากในการดูแล และปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยไม่แตกต่างกันและอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลว่าไม่ยากลำบากและใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มาก ดังผลการศึกษาในตารางที่ 6 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ เขียงใจ (2540) ที่ศึกษาสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลมีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความยากลำบาก เนื่องจากลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีลักษณะการอัมพาตซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย และมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายในระดับปานกลาง ส่งผลต่อความต้องการการพึ่งพาสูงกว่าผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ดังนั้นทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ภาระการดูแลด้านการใช้ปริมาณเวลามากกว่าความยากลำบากในการดูแลได้

เมื่อพิจารณาในแต่ละมิติและรายด้าน พบว่ากิจกรรมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างรับรู้ว่ามี ความยากลำบากมากที่สุด คือ หมวดการดูแลทั่วไปในเรื่องการติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ เช่น การติดต่อมูลนิธิ หรือสมาคมสงเคราะห์ต่างๆ (ตาราง ก2) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างส่วนใหญ่มีปัญหาในการเคลื่อนไหว/เคลื่อนย้ายตนเอง ผู้ป่วยบางรายต้องใช้ไม้เท้าค้ำยัน หรือนั่งรถเข็น ดังนั้นการพาผู้ป่วยไปในที่ต่างๆ เพื่อขอความช่วยเหลือในเรื่องการสนับสนุนยานพาหนะหรือค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยไปในที่ต่างๆ เป็นความยากลำบากของผู้ดูแลในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลรับรู้ว่ากิจกรรมที่มีความยากลำบากมากกว่าการใช้ปริมาณเวลา คือ การช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาล/ค่าใช้จ่ายในการดูแล และการจัดการเรื่องการเดินทาง (ตาราง ก2) ดังจะเห็นได้จากข้อความที่ผู้ดูแลบางรายตอบจากคำถามปลายเปิด ในเรื่องความต้องการการช่วยเหลือในเรื่องการเดินทางทั้งด้านยานพาหนะที่รับ-ส่งผู้ป่วยไป-กลับโรงพยาบาล รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์

กิจกรรมที่ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระในมิติด้านความยากลำบากกรองลงมาจาก การติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ที่กล่าวมาแล้ว คือ การจัดการกับพฤติกรรมด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นความยากลำบากและใช้ปริมาณเวลามากในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย (ตาราง ก2) ทั้งนี้เนื่องจากในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างสภาพความพิการที่เหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ผู้ป่วยบางรายทำใจยอมรับไม่ได้ ทำให้แสดงพฤติกรรมออกมาได้หลาย



รูปแบบ จากการศึกษาของ แมนิแกนแดน และคณะ (Manigandan et al., 2000) พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ ไม่เป็นมิตร (hostility) ทำร้ายร่างกาย (assault) แยกตัว (uncooperativeness) และ การพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal behaviors) ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เนื่องจากเป็นอัมพาต จากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจึงอาจส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระการดูแลได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ บาคาส ออสติน เจสซัพ วิลเลียมส์ และ โอเบริสท์ (Bakas, Austin, Jessup, Williams & Oberst, 2004) พบว่า กิจกรรมที่มีความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี 4 กิจกรรม คือ การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การจัดการงานบ้าน และการจัดการทางการเงินค่าใช้จ่าย และยังพบว่ากิจกรรมต่างๆเหล่านี้ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลในทางด้านลบ จึงนับได้ว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดจากการได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย ส่งผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในเรื่องการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยลดการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลได้

กิจกรรมที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระในมิติด้านความยากลำบากรองลงมาในอันดับ 3 คือกิจกรรมที่ต้องอาศัยความรู้ ทักษะในการปฏิบัติ เช่น การสวนปัสสาวะ/อุจจาระ และการดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันแผลกดทับ ซึ่งผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นความยากลำบากมากกว่าการใช้ปริมาณเวลา ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยทักษะที่มีความเฉพาะและมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหากผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยไม่ดีพอ ผู้ดูแลอาจมีความรู้และทักษะเฉพาะด้านน้อยจึงทำให้เกิดความกังวลว่าจะทำได้ไม่ดีและถ้าทำไม่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ส่งผลต่อการรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแลได้ จากการศึกษาของ จอม (2540) ถึงความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กิจกรรมที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลไม่ถูกต้อง ได้แก่ การฝึกการขับถ่าย เพราะคิดว่าเป็นกิจกรรมที่ยุ่งยากและผู้ดูแลไม่ทราบถึงความสำคัญและเป้าหมายของการดูแลในกิจกรรมเหล่านี้และการดูแลเมื่อมีปัสสาวะกั่ง พบว่าผู้ดูแลไม่สามารถประเมินการกั่งของปัสสาวะและไม่ทราบวิธีการช่วยเหลือขั้นต้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ และได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยจึงช่วยลดการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ป่วยในเรื่องการดูแลด้าน การสวนปัสสาวะ/อุจจาระ และการดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันแผลกดทับได้

สำหรับกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การดูแลน้อยที่สุด คือ การจัดเตรียมกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ และให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามความสามารถ อาจเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ไม่มี ความยุ่งยาก ซับซ้อนมากนัก อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารวมทั้ง 2 มิติและรายด้าน พบว่าการรับรู้ การระในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างนี้มีอยู่ในระดับต่ำ

### 3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างอยู่ใน ระดับสูง สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997 อ้างตามทัศนีย์, 2544) ที่กล่าวว่า การรับรู้ สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลในการทำกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งอาจ เป็นได้จากการที่ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลที่ผ่านมาจึงทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าจะปฏิบัติดูแล ผู้ป่วยได้ อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนาน ทำให้มีประสบการณ์และเกิด ทักษะในการดูแล สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยอัมพาต ท่อนล่างจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ในระดับดี และสามารถกลับมาประกอบอาชีพได้ ระบุว่าไม่เป็นภาระกับตนซึ่งมีผลต่อระดับความเชื่อมั่นของผู้ดูแล ด้วยว่าจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่าการรับรู้การระมีความสัมพันธ์ทาง ลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (เปียร์ตัน, 2545) ทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลอยู่ในระดับ สูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเบญญา (2547) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ผู้ดูแลรับรู้ว่ามี ความเชื่อมั่น ในการดูแลมากที่สุด คือ งานบ้านที่ทำให้ผู้ป่วย รongลงมา คือ การดูแลกิจวัตรประจำวัน และสุขวิทยาส่วนบุคคล และการทำงานนอกบ้านที่ทำให้ผู้ป่วย (ตาราง ก3) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลรับรู้ว่าการเหล่านี้เป็นความต้องการที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน เช่น การซักผ้าผู้ป่วย การทำความสะอาดบ้าน การจัดเตรียมอาหาร การตัดแปลงปรับแต่งอุปกรณ์ภายในบ้าน หรือตัวบ้าน การช่วยเหลือในการอาบน้ำ หรือการเช็ดตัว การช่วยเหลือในการแต่งตัว การขับถ่าย อุจจาระ/ปัสสาวะ การช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร และการช่วยเหลือในการออกกำลังกาย (บริหารขา) การไปซื้อของ จ่าย ตลาด ไปรับยาแทนผู้ป่วยที่โรงพยาบาล และทำธุระแทนผู้ป่วย ซึ่ง กิจกรรมต่างๆเหล่านี้ผู้ดูแลมองว่าเป็นการให้การดูแลที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่ เพศหญิงซึ่งเดิมเพศหญิงจะถูกกำหนดบทบาททางสังคมว่าจะต้องดูแลงานภายในบ้านอยู่แล้ว นอกจากนี้เป็นการช่วยเหลือให้กับบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่รัก และเป็นกิจกรรมที่ให้การดูแล

ในเรื่องที่เป็นส่วนตัวต้องให้การดูแลบ่อยครั้ง ซึ่งอาจทำให้ผู้ดูแลเหนื่อย และมีประสบการณ์เดิมอยู่แล้ว ดังนั้นทำให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ให้กับผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจอม (2540) พบว่า กิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ในเกณฑ์ดี คือ การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล นอกจากนี้กิจกรรมการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในการดูแลมากอีก กิจกรรมหนึ่ง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอิสระ บางรายไม่ได้ทำงาน ทำให้สามารถอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยได้ อีกทั้งผู้ดูแลเป็นคู่สมรสและบิดา-มารดา ซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยตรง ทำให้มีความเข้าใจและทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงได้

สำหรับกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในการดูแลน้อยที่สุด คือ การติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ เช่น มูลนิธิ หรือสมาคมสงเคราะห์ต่างๆ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการติดต่อกับมูลนิธิ หรือสมาคมต่างๆ ผู้ดูแลจะต้องแสวงหาแหล่งสนับสนุนเหล่านี้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วง ไม่ได้เรียนจนถึงประถมศึกษาจึงอาจเกิดความรู้สึกว่าการติดต่อแหล่งช่วยเหลือเป็นกิจกรรมที่มีความยากลำบาก ไม่สามารถปฏิบัติได้ หรืออาจเกิดจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ประกอบอาชีพค้าขาย รับจ้าง และเกษตรกรรม (ตาราง ก3) ซึ่งจะต้องทำงานอยู่ตลอดไม่มีเวลาออกไปติดต่อหรือแสวงหาแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ จึงทำให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในด้านนี้น้อย ถึงแม้ว่าผู้ดูแลบางรายจะมีความต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานทางสังคมแต่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการเหล่านั้นได้ ดังคำตอบจากคำถามปลายเปิด ที่มีความต้องการอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในการช่วยเหลือผู้ป่วย

ดังนั้นการสนับสนุนผู้ดูแลด้วยการประสานความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือ/สนับสนุนในเรื่องค่าใช้จ่าย หรืออุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น จึงมีความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในด้านนี้ได้

#### 4. สภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างอยู่ในระดับต่ำ แสดงว่าผู้ดูแลมีลักษณะของสภาพทางอารมณ์เป็นไปในทางบวก เมื่อพิจารณาสภาพอารมณ์

แต่ละประเภท พบว่า คะแนนเฉลี่ยลักษณะอาการประเภทกระฉับกระเฉง-คล่องแคล่วมีค่าสูงสุด ทั้งนี้สามารถอธิบายสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลที่เกิดขึ้น ตามแนวคิดของลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่ว่าความเครียดเกิดขึ้นระหว่างปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม โดยอธิบายความเครียดที่เกิดขึ้นว่าเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (resources) ของบุคคลนั้น บุคคลจะเกิดความเครียดเมื่อประเมินว่าตนเองไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้ จะเห็นได้ว่าในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลมีการประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยอัมพาตก่อนล่วงหน้า ทำให้เกิดความยากลำบาก และใช้ปริมาณเวลาในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี และมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 65.70 (ตาราง 5) ส่งผลให้มีผู้แบ่งเบาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลที่กำลังเผชิญอยู่ว่าเป็นภาระเพียงเล็กน้อยได้ ประกอบกับผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 8 ปี 9 เดือน ทำให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถจัดการกับกิจกรรมการดูแลส่วนใหญ่ได้ ส่งผลต่อสภาพทางอารมณ์ที่มีลักษณะเป็นไปในทางบวกได้ แต่ในขณะที่เดียวกันยังคงมีสถานการณ์การดูแลบางสถานการณ์ เช่น การติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ที่ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ว่าตนเองมีความเชื่อมั่นในการจัดการได้ไม่ดี และรับรู้ว่าเป็นความยากลำบากสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพทางอารมณ์มีลักษณะเป็นทางลบเกิดขึ้นด้วย ได้แก่ เหนื่อย-เหนื่อยหา สับสน-งุนงง ตึงเครียด-กังวล โกรธ-ไม่เป็นมิตร ซึมเศร้า-หม่นหมอง ประกอบกับผลกระทบที่ผู้ดูแลบางราย ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยอัมพาตก่อนล่วงหน้า ดังจะเห็นได้จากข้อความที่ผู้ดูแลตอบจากคำถามปลายเปิดในเรื่องที่ ผู้ดูแลมีรายได้ลดลงค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ดูแลมีสภาพอารมณ์ในทางลบเกิดขึ้นได้

ซึ่งผลกระทบและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอัมพาตก่อนล่วงหน้า มีส่วนทำให้ผู้ดูแลเกิดสภาพอารมณ์ทางลบได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ แมนนิแกนแดน และคณะ (Manigandan et al., 2000) พบว่า ที่เหตุการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย มีผลให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์ทางลบคือ ความเศร้า โศกเสียใจ (psychological distress) แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวและมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น บิดามารดา และคู่สมรส มีผู้คอยให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีสภาพทางอารมณ์โดยรวมอยู่ในลักษณะเป็นทางบวกได้ ดังนั้นการสนับสนุนและประคับประคองให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สถานการณ์การดูแลว่าไม่รุนแรง และมี

ความเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับสถานการณ์เหล่านั้นได้จึงมีความสำคัญต่อสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลทำให้สภาพทางอารมณ์อยู่ในทางบวก

##### 5. ปัจจัยทำนายสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลบุคคลอัมพาตที่อนล่าง

จากการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.44, p < .01$ ) และการรับรู้ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล ( $r = .38, p < .01$ ) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และการรับรู้ภาระการดูแล ร่วมกันทำนายสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบเข้าพร้อมกัน สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลได้ ร้อยละ 19 (Adjusted  $R^2 = .19$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p = .000$  (ตาราง 11) โดยพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลสามารถทำนายสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .006$ ) และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ สภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่อนล่าง ซึ่งผู้วิจัยจัดเป็นตัวแปรควบคุม คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย รายได้ โดยเฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ดูแล และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยก็ยังพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และการรับรู้ภาระการดูแล ยังคงร่วมทำนายสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลได้ร้อยละ 18 (Adjusted  $R^2$  change = .18,  $p = .000$ ) และพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล เท่านั้นที่มีอิทธิพลทำนายสภาพทางอารมณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .002$ ) ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการเผชิญกับความต้องการของร่างกายทั้งภายในและภายนอก โดยแบ่งการประเมินความเครียดออกเป็น 2 ระยะ ระยะแรกเรียกว่า การประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal) ระยะที่สองเรียกว่า การประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประ โยชน์และทางเลือกที่จัดการกับเหตุการณ์นั้นๆเพื่อหาทางเผชิญกับปัญหา (coping) อย่างเหมาะสมซึ่งการประเมินทั้งสองระยะนี้สามารถเกิดขึ้นพร้อมๆ กันได้ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของสภาพทางอารมณ์ โอเบิร์ต (Oberst, 1990) ได้เชื่อมโยงการรับรู้ภาระการดูแล เป็นการประเมินแบบปฐมภูมิ และแบบดูรา (Bandura, 1977) มองว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินทุติยภูมิ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ดูแลมีการ

ประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นภาระในระดับต่ำและมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลสูงจึงส่งผลต่อสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่แสดงออกมาในลักษณะที่เป็นทางบวก

จากผลการศึกษาที่ได้แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ภาระการดูแลที่ต่ำ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลที่สูงสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของสภาพทางอารมณ์ในทางบวกของผู้ดูแลได้ ที่เป็นเช่นนี้แสดงว่าผู้ดูแลประเมินสิ่งกระตุ้นในระยะปฐมภูมิคือภาระการดูแล ว่ามีการคุกคามอยู่ในระดับต่ำซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยหลายๆประการเช่นสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแลที่นาน หรือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับดีของผู้ป่วย และในขณะเดียวกันผู้ดูแลก็มีระดับความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยในระดับสูงซึ่งเป็นวิธีการเผชิญปัญหาในระยะทุติยภูมิ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีสภาพอารมณ์ในทางบวกได้ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเท่านั้นที่สามารถทำนายสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ภาระการดูแลและตัวแปรควบคุมด้าน สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแล และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยไม่สามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาถึงคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยซึ่งอาจมีผลต่อการรับรู้ภาระของผู้ดูแลได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างอาจมีไม่เพียงพอที่จะแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างทางสถิติได้ในการเข้าสมการถดถอยพหุด้วยตัวแปรทำนายหลายตัวแปร

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ภาวะการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลบุคคลอัมพาตท่อนล่าง โดยศึกษาในผู้ดูแลบุคคลอัมพาตท่อนล่างจำนวน 70 ราย ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่เคยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลนราธิวาส และโรงพยาบาลปัตตานี

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย/ผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) แบบวัดการรับรู้ภาวะในการดูแล 3) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล 4) แบบวัดสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้วิจัยได้นำแบบวัดการรับรู้ภาวะในการดูแล และแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล โดยมีค่าความเที่ยงของแบบวัดการรับรู้ภาวะในการดูแล แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และแบบวัดสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล เท่ากับ .96, .86 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุ

#### ผลการวิจัย พบว่า

1. การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาใน 2 มิติของการรับรู้ภาวะ พบว่า การรับรู้ความยากลำบากในการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าการรับรู้ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสูงสุด คือ การดูแลทั่วไป รองลงมา คือ การดูแลระหว่างบุคคล ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะต่ำสุด คือ การดูแลโดยตรง

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลสูงสุด คือ การดูแลทั่วไป รองลงมา คือ การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลโดยตรงตามลำดับ

3. สภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลอยู่ในทางบวก มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ มีสภาพทางอารมณ์ในลักษณะที่เป็นทางบวก และมีคะแนนเฉลี่ยของสภาพทางอารมณ์ที่สูงสุด คือ ความกระฉับกระเฉง-คล่องแคล่ว รองลงมา คือ ความเหนื่อย-เหนื่อยชา สับสน-งุนงง ตึงเครียด-กังวล โกรธ-ไม่เป็นมิตร และ ซึมเศร้า-หม่นหมอง ตามลำดับ

4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และการรับรู้ภาวะการดูแลสามารถร่วมกันทำนายสภาพทางอารมณ์ได้ร้อยละ 18 ( $\text{Adjusted } R^2 = .18, p = .00$ ) โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลสามารถทำนายสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .002$ )

#### ข้อจำกัดในการวิจัย

การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างมีความลำบากในการใช้ระยะทางในการเดินทาง ประกอบกับความปลอดภัยในบางพื้นที่ที่ผู้วิจัยลงไปเก็บข้อมูลทำให้ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลนานขึ้น ทำให้ผู้วิจัยต้องลดขนาดของกลุ่มตัวอย่างลง ถึงแม้ว่าเมื่อนำมาทดสอบอำนาจการทำนายแล้วมีค่ามากกว่า .80 ก็ตาม แต่อาจมีผลทำให้ตัวแปรต้นบางตัวไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนและกระตุ้นประคองให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สถานการณ์การดูแลแล้วไม่เป็นการ และมีความเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับสถานการณ์เหล่านั้นได้ มีความสำคัญต่อสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลควรจัดกิจกรรมที่ให้การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะการดูแลแก่ผู้ดูแล เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลในกลุ่มผู้ดูแล จัดอบรม/ให้ความรู้ในกิจกรรมที่ต้องใช้ทักษะในการดูแล เช่น การสวนปัสสาวะ/อุจจาระ การทำกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เป็นต้น

นอกจากนี้ผู้ดูแลมีความต้องการ การได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนจากทางสังคม แต่ไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์เหล่านี้ได้ด้วยตนเองซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลได้ ดังนั้นการสนับสนุนผู้ดูแลด้วยการประสานความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องจึงมีความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วย และกิจกรรมที่ต้องใช้ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่น การสวนปัสสาวะ/อุจจาระ การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลรับรู้ว่ามี ความยากลำบาก ดังนั้นการเตรียมผู้ดูแลให้ผู้ดูแลมีความรู้ และได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจึงช่วยลดการรับรู้ภาวะในการดูแลของผู้ป่วยได้



### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล สามารถร่วมทำนายสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล เพียงร้อยละ 18 แสดงให้เห็นว่า อาจมีปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในตัวแปรอื่นๆที่อาจมีผลต่อสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล และควรมีการศึกษาซ้ำในผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง โดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง

นอกจากนี้ยัง พบว่า ลักษณะสภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นในทางลบของผู้ดูแล เช่น ความเหนื่อย-เหนื่อยชา สับสน-งุนงง ตึงเครียด-กังวล โกรธ-ไม่เป็นมิตร และซึมเศร้า-หม่นหมอง ถึงแม้ว่าจะเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่เมื่อกิจกรรมการดูแลที่เกิดขึ้นต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยยาวนาน หรือตลอดชีวิต ดังนั้นควรมีการศึกษาถึงประสบการณ์การจัดการกับสภาพอารมณ์ทางลบของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างต่อไปด้วย

## บรรณานุกรม

- กรรณิกา กงหอม. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพ ของ ผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- กัลยา ไผ่เกาะ. (2537). ผลของกลุ่มการบำบัดต่อการเปลี่ยนแปลงอึดม โนทัศน์ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2551). การใช้ SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูล (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพมหานคร: บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- กัลยา อิงคะสุทธิ, นลินทิพย์ ตำนานทอง และกรองแก้ว หาญพานิชย์. (2547). ความถูกต้องของ วิธีการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราวด้วยวิธีสะอาดในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 14(2), 77-83.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2538). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจากไขสันหลังบาดเจ็บ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2543). *ไขสันหลังบาดเจ็บ*. กรุงเทพมหานคร: โปสตาลศิลป์การพิมพ์.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2548). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วน จำกัด เอ็น.พี.เพรส.
- ขวัญตา บาลทิพย์, สาลี เถลิมวรรณพงศ์, ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ และศิริวรรณ พิริยคุณธร. (2546). การ ทบทวนองค์ความรู้งานวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระบบประสาทและ ไขสันหลังในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ.2534- พ.ศ.2543. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 23(2), 1-26.
- จอม สุวรรณ โณ. (2540). ความสามารถของญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อน จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรยา วิฑะสุกร. (2539). แบบจำลองเชิงสาเหตุของภาระการดูแลในบิดามารดาฐานะผู้รับผิดชอบ ดูแลบุตรที่ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- จินตนา สมณี. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาวะในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. (2540). ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวนพิศ ทำนอง. (2544). การประเมินผู้ป่วยอัมพาต. ใน เจียมจิต แสงสุวรรณ และอัจฉรา หล่อวิจิตร (บรรณาธิการ), *คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน* (หน้า 25 - 35). ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์.
- ชูติมา ไชยศรี. (2550). การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง โดยใช้แบบประเมิน WHOQOL : BREF (Thai Version). ภาคนิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2546). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย(พิมพ์ครั้งที่9). กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิตการพิมพ์.
- ดวงเดือน คำมูลสุข. (2546). ทักษะคิดของญาติที่มีต่อผู้ป่วยอัมพาตครั้งท่อนล่าง. ภาคนิพนธ์ วิทยาศาสตร์บัณฑิต(กิจกรรมบำบัด) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ดารณี สุวพันธ์, วิรัตน์ เตชะอาภรณ์กุล, ชิ่งสุมาลัย อาจองค์, อรัญญา ปรมาคม, ฌานิยา เทพนม, ภัชราภรณ์ กองเกิด และคณะ. (2548). การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการ. *วารสารกรมการแพทย์*, 30(1), 23-28.
- ดารณี สุวพันธ์, วิรัตน์ เตชะอาภรณ์กุล, ชิ่งสุมาลัย อาจองค์, อรัญญา ปรมาคม, ฌานิยา เทพนม, ภัชราภรณ์ กองเกิด และคณะ. (2549). *คู่มือแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการที่ศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ*. กรุงเทพมหานคร: เอ็น.เอ. รัตน์ะ เทรคดิ่ง
- ทีปประพิน สุขเขียว. (2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ. (2544). การวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในงานวิจัยทางการแพทย์. *วารสารสภาการพยาบาล*. 16(4), 1 – 11.
- ทรงศักดิ์ ภูสีอ่อน. (2551). การประยุกต์ใช้SPSSวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย. ภาควิชาวิจัยและพัฒนาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยสารคาม. มหาสารคาม: มปท.

- ทูลกา บุปผาสังข์. (2545). *ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ธีรภัทร์ นาจิต. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- ธัญพร ชื่นกลิ่น. (2543). *ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่อย่างอัมพาตก่อนล่าง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นารินทร์ วิเลขา และอภิชา โขวินทะ. (2548). การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 15(2), 101-112.
- นันทพร ศรีนิ่ม. (2545). *ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เนตรนภา คู่พันธ์วี. (2541). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บกระดูกสันหลัง*. ภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บรรจง มโหฬาริยะ. (2542). *การยึดตรึงกระดูกหักด้วยแกนคานกระดูก*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- เบญญา นิ่มนวล. (2547). *สมรรถนะแห่งตนกับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ปิยรัตน์ ดวงสิน. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้ และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พรชัย จุลเมตต์. (2540). *ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนัดฉิมชัย. (2544). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(1), 32-46.

- พวงทอง กล่อมใจเย็น. (2541). *ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากการบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง*. รายงานการวิจัย หอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช.
- เพียรวิ ประเสริฐศรี. (2545). *การปรับตัวของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลเสนาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- เพียงใจ ศิริไพรวงศ์. (2540). *สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาวะการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พาริดา อิบราฮิม. (2539). *ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญกลดา เคนไชย. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บุภาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย*. *วารสารรามารับดี*, 2(1), 84-93.
- บุภาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2546). *การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย*. *วารสารรามารับดี*, 9(2), 156-166.
- บุวรานี สุขวิญญาณ์. (2536). *ผลของการเตรียมญาติเพื่อดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่บ้านต่อการป้องกันแผลกดทับ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- รัชนิกร อุปเสณ. (2541). *การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วรรณรัตน์ ลาวัง, รัชณี สรรเสริญ และยุวดี รอดจางกภัย. (2547). *สถานการณ์และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน*. *วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี*, 15(2), 17-31.
- วรรณลี สัตยวิวัฒน์, มยุรี แก้วจันทร์ และชุติมา มุสิกสังข์. (2536). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง*. รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วนิดา ไวกิตติพงษ์. (2546). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วารุณี ภูวสรกุล. (2547). *อารมณฺ์*. ใน *สิริอร วิชชาวูช (บรรณาธิการ). จิตวิทยาทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 4) (หน้า 263 - 280)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกนครอัครวิในฐานะผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 12(4), 33-38.
- วิวัฒน์ วนะวิศิษฐ และชาญยุทธ สุภชาติวงศ์. (2541). Fracture dislocation of spine. ใน สมชัย ปรึษาสุข, วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท และวิวัฒน์ วนะวิศิษฐ(บรรณาธิการ). *ออร์โธปิดิกส์ (พิมพ์ครั้งที่ 5)* (หน้า257-271). กรุงเทพมหานคร: โฆสิตการพิมพ์.
- วัชรา ธีวไพบูลย์. (2542). วิวัฒนาการแนวคิดเรื่อง ความพิการ คนพิการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Evolution of disability concept). *จุดสารฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์*, 8(2), 1-5.
- วัชรา ธีวไพบูลย์. (2544). ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์. *จุดสารฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์*, 10(3), 16-23.
- วัชร อมร โรจน์วรวุฒิ. (2543). การศึกษาความเครียดไตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.*
- ศิรินาถ ตงศิริ, อุบลวรรณ วัฒนาดิลกกุล, วัชรา ธีวไพบูลย์ และศรีลักษณ์ หังสสุต. (2545). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนเรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพภาวะอัมพาตครึ่งท่อน(paraplegia). *จุดสารฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์*, 11(2), 1-20.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2549). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล.* กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีรัตน์ คุ่มสิน. (2546). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สมภพ ภู่อิทยา. (2548). Fracture and dislocation of spine. ใน ชโนนิษฐ์ โชคนฤติ, ดุษฎี ทัดตานนท์ และศักดิ์สม กุ้เกียรตินันท์ (บรรณาธิการ), *Orthopaedics for medical students* (หน้า325-338). กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2539). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล(พิมพ์ครั้งที่4).* กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ. พรินติ้ง.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2536). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล.* วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปริญญาตรี บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุดศิริ ธีรวิบูลย์. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.* วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรคุณวุฒิปริญญาตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- สุรัชย์ ถีวะพงษ์เพียร, สมเกียรติ เหมตะศิลาปะ และณรงค์ชัย ศรีอัสวอมร. (2548). การศึกษาเปรียบเทียบการใช้มวลเซลล์ร่างกายและมวลปราศจากไขมันในการคาดคะเนค่าครีอาตินีนเคลียร์รานซ์ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 15(1), 30-38.
- สุริสา เต็มทับ. (2548). อิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุริยันต์ ปัญหาราช, ณัฐเศรษฐ์ มนินนากร และเสมอเดือน คามวัลย์. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับไปประกอบอาชีพของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังภายหลังได้รับการฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ระหว่าง พ.ศ. 2540-2544. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 16(1), 44-51.
- สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์. (2541). ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข. (2544). *การจัดกลุ่มตามโรค (เพิ่มข้อมูลคอมพิวเตอร์)*. นนทบุรี.
- อรอุษา ชูบุรี. (2539). บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อภิขนา โฉวินทะ. (2533). *บาดเจ็บไขสันหลัง: การดูแลรักษาและการฟื้นฟู*. โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: หน่วยวารสารวิชาการคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิขนา โฉวินทะ. (2548). *บาดเจ็บที่ไขสันหลัง: แนวทางการประเมินระบบประสาท*. เชียงใหม่: สุทินการพิมพ์.
- อภิขนา โฉวินทะ, มาธวี สุนทรสารทูล และภัทรา วัฒนพันธุ์. (2548). ความสามารถ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหรือบาดเจ็บไขสันหลังภายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 15(3), 155-164.
- อารมณ บุญเกิด. (2540). *ประสิทธิผลของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร. อารีรัตน์

- อารีรัตน์ อนันต์นันท์ศักดิ์ และเสก อักษรานุเคราะห์. (2539). การประเมินผู้ป่วยทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู. ใน เสก อักษรานุเคราะห์(บรรณาธิการ). *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู(พิมพ์ครั้งที่3)* (หน้าที่19-55). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เทคนิค.
- อัจฉรา สุคนธสรพร, ถัดดาวลัย สิงห์คำฟู และรัตนาวดี ขอนตะวัน. (2545). *การจัดการชีวิตประจำวันของคนไทยที่มีภาวะอัมพาตที่อ่อนล้า*. รายงานการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อำนาจ อุณนะนันท์ และชลเวช ชวศิริ. (2541). ผลการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลังที่ได้รับการรักษา ณ ศูนย์ผู้บาดเจ็บทางกระดูกสันหลังแห่งแรกของประเทศไทย. *สารศิริราช*, 50(1), 1-7.
- อำนาจ อุณนะนันท์ และสุนทร บวรรัตนเวช. (2539). การบาดเจ็บต่อกระดูกสันหลังและเชิงกราน. ใน วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม (บรรณาธิการ). *ตำราออร์โธปิดิกส์* (หน้า846-898). ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภักข์ออฟเซ็ท.
- Anson, C. A., Shepherd, C. (1996). Incidence of secondary complications in spinal cord injury. *International Journal Rehabilitation Research*, 19, 55-66.
- Bakas, T., Austin, J.K., Jessup, S.L., Williams, L.S., & Oberst, M.T. (2004). Time and difficulty of tasks provided by family caregivers of stroke survivors. *Journal of Neuroscience Nursing*, 36(2), 95-106.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191 – 215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy the exercise of control*. New York; W. H. Freeman and Company.
- Beare, P. G., & Myers, J. L. (1994). *Principle and practice of adult health nursing* (2nd ed.). St.Louis: Mosby.
- Bloemen-Vrencken, J. H. A., & Witte, L. P. (2003). Post-discharge nursing problems of spinal cord injured patients: on which fields can nurses contribute to rehabilitation?. *Clinical Rehabilitation*, 17(8), 890-898.
- Boonchuay, N., Theeranetara, K. (1995). Vocational development of complete spinal cord injury patient's: 1-year follow-up. *Journal of Thai Rehabilitation*, 4(3), 7-10.
- Bull, M. J. (1990). Factors influ. encing family caregiver burden and health. *Western Journal of Nursing Research*, 12(6), 758-776.



- Carey, P. Q., Oberst, M. T., McCubbin, M. A., & Hughes, S. H. (1991). Appraisal and caregiving burden in family members caring for patient receiving chemotherapy, *Oncologic Nursing forum*, 18(8), 1341-1347.
- Chan, R. C. K. (2000). Stress and coping in spouses of person with spinal cord injuries. *Clinical Rehabilitation*, 14(2), 137-144.
- Chan, R. C. K., Lee, P. W. H., & Lieh-Mak, F. (2000). Coping with spinal cord injury: Personal and marital adjustment in the Hong Kong Chinese setting. *Spinal Cord*, 38(11), 687-696.
- Cohen. J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*(2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associated, Publishers.
- David, G. G. (1996). Title of Topic, from *Statnotes: Topics in Multivariate Analysis*. Retrieved March/28/2009 from <http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/PA765/statnote.htm>
- Duran, F. S., Lugo. L., Ramirez. L., & Eusse, E. (2001). Effects of an exercise program on the rehabilitation of patients with spinal cord injury, *Arch Phys Med Rehabil*, 82(10), 1349- 1354.
- Gill, M. (1999). Psychosocial implications of spinal cord injury. *Critical Care Nursing Quarterly*, 22(1), 1-7.
- Gignac, M.A.M., & Gottlieb, B.H. (1996). Content and domain specificity of coping among family caregivers of persons with dementia. *Journal of Aging Studies*, 10, 137-155.
- Grey, N., & Kennedy, P. (1993). The Functional Independence Measure: a comparative study of clinician and self rating. *Paraplegia*, 31(7), 457-461.
- Horowitz, A. (1985). Sons and daughters as caregivers to older parents: Different in role performance and consequence. *The Gerontologist*, 25(6), 612-618.
- Kemp, L. A. (2002). Care and services for spinal injured people with, and without, neurological deficit. *Disability and Rehabilitation*, 24(15), 810-816.
- Klien, S.(1989). Caregiver burden and moral development. *Journal of Nursing Scholarship*, 21(2), 94-97.
- Kuaprom, W. (1999). *Relationship among caregiving demands of parkinson's patients, self-efficacy, and stress of family caregivers*. A thesis for the degree of master of nursing science (Adult Nursing) faculty of graduate studies Mahidol university, Bangkok.

- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Manigandan, C., Saravanan, B., Macaden, A., Gopalan, L., Tharion, G., & Bhattacharji, S. (2000). Psychological wellbeing among carers of people with spinal cord injury: a preliminary investigation from South India. *Spinal Cord*, 38(9), 559-562.
- Mahoney, F. I., Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 14, 61-65.
- McKinley, W. O., Jackson, A. B., Cardenas, D. D., & DeVivo, M. J. (1999). Long-term medical complications after traumatic spinal cord injury: A regional model systems analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(11), 1420-1410.
- McNair, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1992). *EdITS manual for the Profile of Mood States*. San Diego; Educational and Industrial Testing.
- Meyers, J. L., Gray, L. N. (2001). The relationships between family primary caregiver characteristics and satisfaction with hospice care, quality of life, and burden. *Oncology Nursing Forum*, 28(1), 73-82.
- Munro, B. H. (2001). *Statistical methods for health care research*. (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia ; PA : Lippincott.
- Oberst, M. T. (1990). Caregiving burden scale. Unpublished manuscript, University of Wisconsin-Madison.
- Oberst, M. T., Thomas, S. E., Gass, K. A., & Ward, S. E. (1989). Caregiver demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nursing*, 12(4), 209-215.
- Pajareya, K., (1996). Traumatic spinal cord injuries in Thailand: An epidemiologic study in Siriray Hospital, 1989-1994. *Spinal Cord*, 34(11), 608-610.
- Petpichetchian, W. (2001). *The Cancer Pain Experience in Thai Patient: Meanings of Cancer Pain, Control Over Pain, Pain Coping, and Pain Outcome*. Partial fulfillment of the requirement for the degree of Doctor of Philosophy, Graduate School of Wayne State University, Detroit, Michigan.
- Polit, D. F. (1996). *Data analysis & statistics for nursing research*. New York; Humanalysis Inc.
- Post, M. W. M., Bloemen, J., Witte, L. P. (2005). Burden of support for partners of persons with spinal cord injuries. *Spinal Cord*, 43, 311-319.

- Poulshock, S. W., & Deimling, G. T. (1984). Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. *Journal of Gerontology*, 39(2), 230-239.
- Richards, J. S., & Shewchuk, R. M. (1996). Caregivers of persons with spinal cord injury: A longitudinal investigation. Research update newsletter. Retrieved November 6, 2006, from <http://www.spinalcord.uab.edu/show.asp?durki=21681>.
- Robinson, B. C. (1983). Validation of a caregiver strain index. *Journal of Gerontology*, 38(3), 344-348.
- Sheehan, N. W. & Nuttall, P. (1988). Conflict, emotion and personal strain among family caregivers. *Family Relation*, 37(1), 92-98.
- Sherwood, P. R., Given, C. W., Given, B. A., & Eye, A. V. (2005). Caregiver burden and depressive symptoms: analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. *Journal of Aging and Health*, 17(2), 125-147.
- Thompson, L. (1999). Functional changes in persons aging with spinal injury. *Assistance Technological*, 11(2), 123-129.
- Weitzenkamp, D. A., Gerhart, K. A., Charlifue, S. W., Whitneck, G. G., & Savic, G. (1997). Spouses of spinal cord injury survivors: The added impact of caregiving. *Archive of Physical Medicine Rehabilitation*, 78(8), 822-827.
- Zarit, S. H., Reeve, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.
- Zeiss, A., Gallagher-Thompson, D., Lovett, S., Rose, J., & McKibbin, C. (1999). Self-efficacy as mediator of caregiving coping: Development and testing of an assessment model. *Journal of Clinical Geropsychology*, 5(3), 221-230.
- Zejdlik, C.P. (1992). *Management of spinal cord injury*. (2nd ed.). Boston: Jones and Bartlett Publishers.

ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

## ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่ม

## ตาราง ก1

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันรายข้อและรายด้าน (N = 70)

หัวข้อหลัก	กิจกรรม	M	SD
หมวดที่ 1 รับประทานอาหาร	1. ดื่มน้ำ	4.87	.44
	2. รับประทานอาหาร	4.81	.59
หมวดที่ 2 ทำความสะอาด ใบหน้า ศีรษะและมือ	3. แปรงฟัน	4.84	.60
	4. ล้างหน้า	4.86	.51
หมวดที่ 3 ทำความสะอาด ร่างกาย	5. ล้างมือ	4.87	.50
	6. อาบน้ำ	4.87	.44
	7. อาบน้ำ-เช็ดตัว	4.36	.85
	8. สระผม-เช็ดผม	4.53	.89
หมวดที่ 4 แต่งตัว	9. ทำความสะอาดหลังขับถ่าย	4.30	1.09
	10. ถอดเสื้อ	4.66	.75
	11. ถอดกางเกง	4.39	.96
	12. ถอดถุงเท้า-ถอดรองเท้า	4.23	1.10
	13. ใส่เสื้อ	4.57	.86
	14. ใส่กางเกง	4.37	1.10
หมวดที่ 5 ควบคุมการขยับถ่าย ปัสสาวะ – อุจจาระ	15. ใส่ถุงเท้า-ใส่รองเท้า	4.16	1.17
	16. ควบคุมการขยับถ่ายปัสสาวะ	2.24	1.53
หมวดที่ 6 เคลื่อนไหว	17. ควบคุมการขยับถ่ายอุจจาระ	2.17	1.48
	18. พลิกตัวบนเตียง	4.64	.78
	19. ดูก้นนั่ง	4.47	1.11
	20. ทรงตัวในท่านั่งและท่าทางในการนั่ง	4.36	1.18
	21. ดูก้นยืน	1.89	1.22
	22. ทรงตัวในท่ายืน	1.76	1.22
	23. เคลื่อนย้ายตัว	3.86	1.34

ตาราง ก1 (ต่อ)

หัวข้อหลัก	กิจกรรม	M	SD
หมวดที่ 7 เดิน (Walking) /หรือ เคลื่อนที่โดยใช้รถนั่งคนพิการ (Wheelchair)	24. เดินบนทางราบ	3.70	1.55
	25. เดินบนทางลาดเอียง	3.09	1.57
หมวดที่ 8 สื่อความหมาย	26. ขึ้น-ลงบันไดอย่างน้อย 12-14 ขั้น	1.33	.79
	27. ฟังเข้าใจในการสื่อสารกับบุคคลอื่น	4.94	.28
หมวดที่ 9 เข้าสู่สังคม	28. แสดงออกทางภาษา	4.93	.31
	29. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	4.86	.49
	30. แก้ไขปัญหา	4.80	.65
	31. ความจำ	4.86	.57
หมวดที่ 10 กิจวัตรประจำวันที่ ต้องใช้อุปกรณ์ขั้นสูงในการ ช่วย	32. คำนวณ	4.76	.80
	33. เตรียมอาหาร	3.49	1.59
	34. ทำความสะอาดที่พักอาศัย	3.59	1.58
	35. กินยา	4.73	.79

ตาราง ก2

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปริมาณเวลาที่ใช้ ความยากลำบากและภาระในการดูแลในแต่ละกิจกรรมของผู้ดูแล (N = 70)

กิจกรรม	ปริมาณเวลาที่ใช้		ความยากลำบาก		ภาระการดูแล	
	M	SD	M	SD	M	SD
การรับรู้ภาระการดูแลโดยตรง	5.09	2.01	5.15	1.97	5.10	1.96
1. การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	1.85	0.73	1.92	0.85	1.88	0.76
- การช่วยสวนปัสสาวะ	1.73	0.87	2.00	1.08	1.83	0.87
- การช่วยสวนอุจจาระ	1.83	0.87	1.96	1.01	1.87	0.88
- การช่วยทำกายภาพบำบัด	1.97	0.92	1.81	0.95	1.87	0.89
- การดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันแผลกดทับ	1.90	1.01	1.93	0.98	1.90	0.95
2. การดูแลกิจวัตรประจำวัน และสุขวิทยาส่วนบุคคล	1.56	0.65	1.49	0.54	1.52	0.58
- การช่วยเหลือในการอาบน้ำ หรือการเช็ดตัว	1.57	0.75	1.51	0.65	1.53	0.66
- การช่วยเหลือในการแต่งตัว	1.41	0.67	1.31	0.53	1.36	0.58
- การการขับถ่ายอุจจาระ	1.67	0.83	1.57	0.77	1.61	0.76
- การการขับถ่ายปัสสาวะ	1.64	0.87	1.61	0.86	1.62	0.84
- การช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร	1.36	0.76	1.30	0.60	1.32	0.65
- การช่วยเหลือในการออกกำลังกาย (บริหารขา)	1.76	0.97	1.63	0.75	1.68	0.79
3. การช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย	1.66	0.84	1.73	0.84	1.69	0.83
- การช่วยเหลือผู้ป่วยเคลื่อนย้ายตัวเองในแวนรพ	1.61	0.87	1.69	0.91	1.64	0.87
- การช่วยเหลือผู้ป่วยในการลุกนั่ง	1.49	0.88	1.50	0.85	1.49	0.86
- การช่วยเหลือผู้ป่วยในการขึ้นลงเตียง หรือรถเข็น	1.90	1.04	2.03	1.10	1.95	1.04
การรับรู้ภาระการดูแลระหว่างบุคคล	7.71	2.44	7.86	2.47	7.73	2.38
4. การเฝ้าดูอาการ เฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆ	1.75	0.87	1.92	0.94	1.81	0.87
- การเฝ้าดูอาการ/อาการที่ผิดปกติ	1.71	0.89	1.91	0.96	1.79	0.87
- การเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆที่เกิดกับผู้ป่วยในขณะที่ทำที่กิจกรรม	1.79	0.92	1.94	1.02	1.84	0.93
5. การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย	2.16	0.88	2.26	0.92	2.20	0.88
- การจัดการกับพฤติกรรม ก้าวร้าว ของผู้ป่วย	2.20	0.96	2.34	1.05	2.26	0.98
- การช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย	2.13	0.90	2.19	0.92	2.15	0.89
6. การสนับสนุนทางอารมณ์	1.98	0.72	1.77	0.62	1.86	0.63
- การพูดคุยให้กำลังใจ ปลอบใจ	2.34	0.83	2.09	0.93	2.17	0.80
- อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย	2.14	1.23	1.47	0.74	1.73	0.82

ตาราง ก2 (ต่อ)

กิจกรรม	ปริมาณเวลาที่ใช้		ความยากลำบาก		ภาระการดูแล	
	M	SD	M	SD	M	SD
- การพาไปพบปะเพื่อนฝูง	1.97	0.98	2.23	1.23	2.04	0.96
- การทำให้ผู้ป่วยมีความผ่อนคลาย เช่นการฟังเพลง	1.49	0.86	1.33	0.70	1.39	0.71
<b>11. การช่วยเหลือผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสาร</b>	<b>1.81</b>	<b>0.69</b>	<b>1.89</b>	<b>0.72</b>	<b>1.84</b>	<b>0.68</b>
- การติดต่อผู้อื่นตามความต้องการของผู้ป่วย	1.56	0.73	1.60	0.82	1.57	0.74
- ประสานงานจัดการเกี่ยวกับบริการ และแหล่งประโยชน์	2.10	0.89	2.23	0.89	2.15	0.84
- การนัดหมายกับแพทย์, คนอื่นๆ	1.79	0.78	1.86	0.89	1.81	0.79
<b>การรับรู้ภาระการดูแลทั่วไป</b>	<b>11.20</b>	<b>3.30</b>	<b>11.44</b>	<b>3.42</b>	<b>11.21</b>	<b>3.21</b>
<b>7. การเตรียมกิจกรรม</b>	<b>1.45</b>	<b>0.73</b>	<b>1.40</b>	<b>0.66</b>	<b>1.41</b>	<b>0.65</b>
- การเตรียมการพักผ่อนหย่อนใจ ให้ผู้ป่วย	1.49	0.82	1.31	0.58	1.38	0.62
- การหากิจกรรมต่างๆให้ผู้ป่วยทำตามความสามารถ	1.43	0.69	1.50	0.81	1.45	0.70
<b>8. งานบ้านที่ทำให้ผู้ป่วย</b>	<b>1.70</b>	<b>0.72</b>	<b>1.62</b>	<b>0.66</b>	<b>1.64</b>	<b>0.64</b>
- การซักผ้าผู้ป่วย	1.83	1.01	1.64	0.90	1.70	0.86
- การทำความสะอาดบ้าน	1.74	0.94	1.53	0.74	1.61	0.77
- การจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วย	1.67	0.83	1.50	0.76	1.56	0.72
- การคิดแปลงปรับแต่งอุปกรณ์ภายในบ้านหรือตัวบ้าน	1.56	0.79	1.81	1.08	1.65	0.85
<b>9. การทำงานนอกบ้านที่ทำให้ผู้ป่วย</b>	<b>1.98</b>	<b>0.78</b>	<b>1.79</b>	<b>0.54</b>	<b>1.86</b>	<b>0.67</b>
- การไปซื้อของจ่ายตลาด	1.59	0.81	1.40	0.62	1.46	0.61
- การไปรับยาผู้ป่วยที่โรงพยาบาล	2.24	1.01	2.00	0.87	2.09	0.89
- การไปทำกิจธุระแทนผู้ป่วย	2.13	0.88	1.97	0.82	2.03	0.80
<b>10. การจัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาล/ค่าใช้จ่ายในการดูแล</b>	<b>2.02</b>	<b>0.98</b>	<b>2.18</b>	<b>1.00</b>	<b>2.08</b>	<b>0.96</b>
- การจัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น	2.00	1.02	2.14	1.04	2.05	1.00
- การจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น	2.06	1.05	2.23	1.11	2.12	1.04
<b>12. การติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ</b>	<b>2.02</b>	<b>0.90</b>	<b>2.38</b>	<b>1.02</b>	<b>2.16</b>	<b>0.85</b>
- การติดต่อ มูลนิธิ หรือสมาคมสงเคราะห์ต่างๆ	2.03	0.90	2.39	1.03	2.16	0.86
<b>13. การจัดการเรื่องการเดินทางของผู้ป่วย</b>	<b>2.00</b>	<b>0.81</b>	<b>2.05</b>	<b>0.89</b>	<b>2.02</b>	<b>0.83</b>
- การนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาลตามนัด	2.37	1.01	2.40	1.10	2.38	1.02
- การนำผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัด	2.04	1.17	2.03	1.19	2.03	1.16
- การนำผู้ป่วยไปหมอพื้นบ้าน	1.61	0.84	1.73	0.92	1.66	0.85



## ตาราง ก3

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสมรรถนะการดูแลในแต่ละกิจกรรมของผู้ดูแล  
(N = 70)

กิจกรรม	สมรรถนะการดูแล	
	M	SD
การรับรู้สมรรถนะการดูแลโดยตรง	13.24	1.94
1. การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	4.08	0.84
- การช่วยสวนปัสสาวะ	3.90	1.16
- การช่วยสวนอุจจาระ	4.09	1.09
- การช่วยทำกายภาพบำบัด	4.19	0.82
- การดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันแผลกดทับ	4.17	0.85
2. การดูแลกิจวัตรประจำวัน และสุขวิทยาส่วนบุคคล	4.63	0.54
- การช่วยเหลือในการอาบน้ำ หรือการเช็ดตัว	4.71	0.51
- การช่วยเหลือในการแต่งตัว	4.79	0.48
- การการขับถ่ายอุจจาระ	4.49	0.83
- การการขับถ่ายปัสสาวะ	4.44	0.90
- การช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร	4.89	0.36
- การช่วยเหลือในการออกกำลังกาย (บริหารขา)	4.47	0.76
3. การช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย	4.52	0.89
- การช่วยเหลือผู้ป่วยเคลื่อนย้ายตัวเองในแนวราบ	4.59	0.84
- การช่วยเหลือผู้ป่วยในการลุกนั่ง	4.57	0.91
- การช่วยเหลือผู้ป่วยในการขึ้นลงเตียง หรือรถเข็น	4.43	1.04
การรับรู้สมรรถนะการดูแลระหว่างบุคคล	17.07	2.48
4. การเฝ้าดูอาการ เฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆ	4.15	0.83
- การเฝ้าดูอาการ/อาการที่ผิดปกติ	4.16	0.86
- การเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆที่เกิดกับผู้ป่วยในขณะที่ทำกิจกรรม	4.14	0.89
5. การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย	4.14	0.79
- การจัดการกับพฤติกรรม ก้าวร้าว ของผู้ป่วย	4.16	0.85
- การช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย	4.13	0.82
6. การสนับสนุนทางอารมณ์	4.55	0.62
- การพูดคุยให้กำลังใจ ปลอบใจ	4.67	0.56
- อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย	4.67	0.68

ตาราง ก3 (ต่อ)

กิจกรรม	สมรรถนะการดูแล	
	M	SD
- การหาไปพบปะเพื่อนฝูง	4.20	1.06
- การทำให้ผู้ป่วยมีความผ่อนคลาย เช่นการฟังเพลง	4.66	0.72
<b>7. การเตรียมกิจกรรม</b>	4.41	0.90
- การเตรียมการพักผ่อนหย่อนใจ ให้ผู้ป่วย	4.43	0.88
- การหากิจกรรมต่างๆให้ผู้ป่วยทำตามความสามารถ	4.40	0.97
<b>11. การช่วยเหลือผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสาร</b>	4.22	0.70
- การติดต่อผู้อื่นตามความต้องการของผู้ป่วย	4.46	0.74
- ประสานงานจัดการเกี่ยวกับการบริการ และแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ป่วย	4.01	0.81
- การนัดหมายกับแพทย์, คนอื่นๆ	4.21	0.78
<b>การรับรู้สมรรถนะการดูแลทั่วไป</b>	<b>25.54</b>	<b>3.77</b>
<b>8. งานบ้านที่ทำให้ผู้ป่วย</b>	4.64	0.56
- การซักผ้าผู้ป่วย	4.81	0.49
- การทำความสะอาดบ้าน	4.80	0.55
- การจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วย	4.77	0.59
- การคิดเปลี่ยนแปลงปรับแต่งอุปกรณ์ภายในบ้านหรือตัวบ้าน	4.20	1.15
<b>9. การทำงานนอกบ้านที่ทำให้ผู้ป่วย</b>	4.63	0.56
- การไปซื้อของจ่ายตลาด	4.79	0.56
- การไปรับยาผู้ป่วยที่โรงพยาบาล	4.64	0.61
- การไปทำกิจธุระแทนผู้ป่วย	4.47	0.81
<b>10. การจัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาล/ค่าใช้จ่ายในการดูแล</b>	3.82	1.02
- การจัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น	3.84	1.03
- การจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น	3.80	1.04
<b>12. การติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ</b>	3.78	1.01
- การติดต่อ มูลนิธิ หรือสมาคมสงเคราะห์ต่างๆ	3.79	1.02
<b>13. การจัดการเรื่องการเดินทางของผู้ป่วย</b>	4.24	0.83
- การนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาลตามนัด	4.44	0.77
- การนำผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัด	4.30	0.87
- การนำผู้ป่วยไปหมอนอนที่บ้าน	4.00	1.23

## ภาคผนวก ข

## ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้วิจัย)

สวัสดีครับ กระผม นายกิตติชัย บุญศรี เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัย เรื่อง “การรับรู้ภาวะการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง” มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ผู้สภาพอารมณ์ที่เหมาะสมในการให้การดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว

กระผมจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงโดยใช้เวลาประมาณ 40 นาทีซึ่งกระผมจะทำการอธิบายถึงรายละเอียดของแบบสอบถามก่อน ท่านสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ การวิจัยครั้งนี้เป็นความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถจะยกเลิกหรือออกจากกรวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลที่ท่านจะได้รับจากโรงพยาบาล ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากเกิดข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถที่จะสอบถามได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม กระผมขอขอบพระคุณ ที่ท่านให้ ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างรายต่อๆ ไปในอนาคต หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ท่านสามารถลงนามในข้อความซึ่งอยู่ข้างล่างนี้

กิตติชัย บุญศรี  
ผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

## ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ช่วยวิจัย)

สวัสดีครับ (ค่ะ) ข้าพเจ้า ..... เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาล .....เป็นผู้ช่วยวิจัย ของคุณกิตติชัย บุญศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “การรับรู้ภาวะการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง” โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อให้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง สู่สภาพอารมณ์ที่เหมาะสมในการให้การดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว

ข้าพเจ้าจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงโดยใช้เวลาประมาณ 40 นาทีซึ่งข้าพเจ้าจะทำการอธิบายถึงรายละเอียดของแบบสอบถามก่อน ท่านสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ การวิจัยครั้งนี้เป็นความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถจะยกเลิกหรือออกจากกรวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลที่ท่านจะได้รับจากโรงพยาบาล ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากเกิดข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถที่จะสอบถามได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณ ที่ท่านให้ ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้านี้จะช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างรายต่อไปในอนาคต หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ท่านสามารถลงนามในข้อความซึ่งอยู่ข้างล่างนี้

.....  
ผู้ช่วยวิจัย

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

## ภาคผนวก ก

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิทยานิพนธ์

เรื่อง การรับรู้การดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้
  - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง
  - ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อน
  - ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย/ ผู้พิการที่ศูนย์สิรินธร  
เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (SMNRC Functional Assessment)
2. แบบวัดการรับรู้การะการะในการดูแล
3. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล
4. แบบวัดสภาพอารมณ์ของผู้ดูแล



7. ค่าใช้จ่ายในการรักษา ( ) จ่ายเงินเอง  
 ( ) เบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด  
 ( ) ประกันสังคม  
 ( ) บัตรประกันสุขภาพผู้พิการ(ท.74)  
 ( ) สังคมสงเคราะห์
8. สาเหตุการเจ็บป่วย ( ) จากอุบัติเหตุบนท้องถนน  
 ( ) ตกจากที่สูง  
 ( ) ถูกยิง  
 ( ) ของหนักตกทับ/หกล้ม  
 ( ) จากการเล่นกีฬา  
 ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....
9. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน
10. โรคประจำตัวของผู้ป่วย.....

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) และหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ                   ( )   ชาย  
                              ( )   หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา               ( )   พุทธ  
                              ( )   อิสลาม  
                              ( )   คริสต์  
                              ( )   อื่นๆ โปรดระบุ.....
4. สถานภาพสมรส   ( )   คู่  
                              ( )   โสด  
                              ( )   หม้าย  
                              ( )   หย่า หรือแยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา   ( )   ไม่ได้เรียนหนังสือ  
                              ( )   ประถมศึกษา  
                              ( )   มัธยมศึกษา  
                              ( )   ประกาศนียบัตรวิชาชีพ หรืออนุปริญญา  
                              ( )   ปริญญาตรี  
                              ( )   สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ               ( )   ทำงานบ้าน  
                              ( )   ค้าขาย  
                              ( )   รับจ้าง  
                              ( )   เกษตรกร  
                              ( )   รับราชการ/วิสาหกิจ โปรดระบุ.....  
                              ( )   ออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย  
                              ( )   อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท/เดือน เป็นของ ( ) ผู้ดูแล ( ) ผู้ป่วย ( ) ครอบครัว



## 8. ความพอใจเพียงของรายได้

- ไม่เพียงพอ  
 เพียงพอ

9. ค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....

10. มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย คือ.....

11. ลักษณะครอบครัว  ครอบครัวเดี่ยว จำนวนสมาชิก.....คน  
 ครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิก.....คน

12. ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของท่านเป็นอย่างไร (ตามการรับรู้ของผู้ดูแลเอง)

- แข็งแรงดีมาก  
 แข็งแรงดี  
 แข็งแรงพอสมควร  
 ไม่ค่อยแข็งแรง

13. โรคประจำตัว.....

14. อาการเจ็บป่วยระหว่างดูแลผู้ป่วย ได้แก่.....

15. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน

16. จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย.....ชั่วโมง/วัน

17. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ

- ไม่เคย  
 เคย ไปรณรงค์.....

18. มีผู้ดูแลร่วม  ไม่มี  
 มี ไปรณรงค์.....

19. จำนวนผู้ป่วยอื่นๆที่อยู่ในการดูแลของท่าน

- ไม่มี  
 มี ไปรณรงค์.....คน อายุ.....ปี การวินิจฉัยโรค.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย/ ผู้พิการที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (SMNRC Functional Assessment) (ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ และให้คะแนน)

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด คำตอบที่ดีที่สุด คือ คำตอบที่ตรงหรือใกล้เคียงกับการปฏิบัติหรือความรู้สึกรจริงของท่านมากที่สุด

หัวข้อหลัก	กิจกรรม	คะแนน				
		1	2	3	4	5
หมวดที่ 1 รับประทานอาหาร	1. ดื่มน้ำ	1	2	3	4	5
	2. รับประทานอาหาร	1	2	3	4	5
หมวดที่ 2 ทำความสะอาดใบหน้า ศีรษะและมือ	3. แปรงฟัน	1	2	3	4	5
	4. ล้างหน้า	1	2	3	4	5
	5. ล้างมือ	1	2	3	4	5
	6. หวีผม	1	2	3	4	5
.						
.						
.						
หมวดที่ 10 กิจกรรมประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ขั้นสูงในการช่วย	33. เตรียมอาหาร	1	2	3	4	5
	34. ทำความสะอาดที่พังกาอัส	1	2	3	4	5
	35. กินยา	1	2	3	4	5

## 2. แบบวัดการรับรู้ภาระของการดูแล

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับงานที่ท่านทำในระหว่างการดูแลผู้ป่วย งานแต่ละอย่างอาจใช้เวลา และความยากลำบากที่ต่างกัน แต่ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด คำตอบที่ดีที่สุด คือ คำตอบที่ตรงหรือใกล้เคียงกับการปฏิบัติหรือความรู้สึกจริงของท่านมากที่สุด โปรดอ่านในแต่ละข้อแล้ววงรอบตัวเลขที่ตรงกับปริมาณเวลาที่ท่านใช้และระดับความยากลำบากในการดูแลในแต่ละกิจกรรม

กิจกรรมการดูแล	ปริมาณเวลาที่ใช้					ระดับความยากลำบาก				
	ไม่ถึงครึ่ง	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่ถึงครึ่ง	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล										
- การช่วยสวนปัสสาวะ	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
- การช่วยสวนอุจจาระ	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
- การช่วยทำกายภาพบำบัด	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
- การดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันแผลกดทับ	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. การดูแลกิจวัตรประจำวัน และสุขวิทยาส่วนบุคคล										
- การช่วยเหลือในการอาบน้ำ หรือการเช็ดตัว	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
- การช่วยเหลือในการแต่งตัว	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
- การการจับถ่ายอุจจาระ	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
- การการจับถ่ายปัสสาวะ	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
- การช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
- การช่วยเหลือในการออกกำลังกาย (บริหารขา)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
.										
.										
.										
13. การจัดการเรื่องการเดินทางของผู้ป่วย										
- การนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาลตามนัด	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
- การนำผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัด	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
- การนำผู้ป่วยไปหมอนอนที่บ้าน	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

ความช่วยเหลือที่ต้องการเมื่อต้องรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตก่อนล่าง.....

.....

ผลกระทบที่ได้รับเมื่อต้องรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตก่อนล่าง.....

.....

### 3. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบวัดฉบับนี้ สอบถามเกี่ยวกับความมั่นใจของท่านในการกระทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงในช่องที่ตรงกับระดับความมั่นใจของท่านในแต่ละกิจกรรม

กิจกรรมการดูแล	ระดับความมั่นใจ				
	1	2	3	4	5
1. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล					
- การช่วยสวนปัสสาวะ	1	2	3	4	5
- การช่วยสวนอุจจาระ	1	2	3	4	5
- การช่วยทำกายภาพบำบัด	1	2	3	4	5
- การดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันแผลกดทับ	1	2	3	4	5
2. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลกิจวัตรประจำวัน และสุขวิทยาส่วนบุคคล					
- การช่วยเหลือในการอาบน้ำ หรือการเช็ดตัว	1	2	3	4	5
- การช่วยเหลือในการแต่งตัว	1	2	3	4	5
- การการขับถ่ายอุจจาระ	1	2	3	4	5
- การการขับถ่ายปัสสาวะ	1	2	3	4	5
- การช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร	1	2	3	4	5
- การช่วยเหลือในการออกกำลังกาย (บริหารขา)	1	2	3	4	5
3. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย					
- การช่วยเหลือผู้ป่วยเคลื่อนย้ายตัวเองในแนวราบ	1	2	3	4	5
- การช่วยเหลือผู้ป่วยในการลุกนั่ง	1	2	3	4	5
- การช่วยเหลือผู้ป่วยในการขึ้นลงเตียง หรือรถเข็น	1	2	3	4	5
.					
.					
.					
13. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการเรื่องการเดินทางของผู้ป่วย					
- การนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาลตามนัด	1	2	3	4	5
- การนำผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัด	1	2	3	4	5
- การนำผู้ป่วยไปหมอฟันบ้าน	1	2	3	4	5

#### 4. แบบวัดสภาพอารมณ์ของผู้ดูแล

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นคำที่คนเราใช้บอกถึงอารมณ์หรือความรู้สึก กรุณาอ่าน  
ข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบ และเขียนหมายเลขที่สะท้อนถึงอารมณ์หรือความรู้สึกที่ตรงกับ  
ตัวท่านมากที่สุด ในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา รวมถึงขณะนี้

1. \_\_\_\_\_ ตึงเครียด
2. \_\_\_\_\_ โกรธ
3. \_\_\_\_\_ อิดโรย
4. \_\_\_\_\_ มีชีวิตชีวา
5. \_\_\_\_\_ สับสน
6. ...
7. ...
8. ...
30. \_\_\_\_\_ กระฉับกระเฉง

## ภาคผนวก ง

## การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

$$N = \left[ \frac{L}{\gamma} \right] + k + 1$$

N หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

L หมายถึง ค่าอำนาจการทดสอบที่ได้จากการเปิดตารางโดย

การศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระ (k) ทั้งหมด 2 ตัวและ  $\alpha = .05$  จึงได้ค่า L เท่ากับ 9.64 (ภาคผนวก จ)

$\gamma$  หมายถึง ค่าขนาดอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและ

ตัวแปรตามจากสูตร

$$\gamma = \frac{R^2}{1-R^2}$$

k หมายถึง จำนวนตัวแปรอิสระที่ใช้

แทนค่าจากสูตร  $\gamma = \frac{0.09}{0.91} = 0.10$

$$N = \left[ \frac{9.64}{0.10} \right] + 2 + 1$$

$$= 96.4 + 3 = 99.4$$

ตารางกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (L) ของโพลิต (Polit, 1996, p286) ที่มีตัวแปรอิสระ (k) และระดับนัยสำคัญที่ 0.05

K*	Power								
	0.10	0.30	0.50	0.70	0.80	0.85	0.90	0.95	0.99
1	0.43	2.06	3.84	6.17	7.85	8.98	10.51	13.00	18.37
2	0.62	2.78	4.96	7.70	9.64	10.92	12.65	15.44	21.4
3	0.78	3.30	5.76	8.79	10.90	12.30	14.17	17.17	23.52

\* k= number of predictor variables

## ภาคผนวก จ

## ตารางการคิดคะแนนสภาพอารมณ์

## POMS Key

Item	Description	Factor
POMS1	ตึงเครียด	T
POMS2	โกรธ	A
POMS3	อิดโรย	F
POMS4	มีชีวิตชีวา	V
POMS5	สับสน	C
POMS6	กระสับกระส่าย	T
POMS7		
POMS8		
POMS9		
POMS30	กระฉับกระฉง	V

Factor A = anger-hostility

Factor C = confusion-bewilderment

Factor F = fatigue-inertia

Factor D = depression-dejection

Factor T = tension-anxiety

Factor V = vigor-activity

## ภาคผนวก ฉ

## แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการ

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ประกอบด้วย 10 หมวด รวม 35 กิจกรรม โดยในแต่ละรายการมีรายละเอียดในการพิจารณาขีดหลักคะแนนการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม ดังนี้

หมวดที่ 1 รับประทานอาหาร (Feeding)					
กิจกรรม	คะแนนความสามารถ				
	5	4	3	2	1
1. ดื่มน้ำ	ดื่มน้ำได้เองอย่างปลอดภัยไม่สำลักไม่หกเลอะเทอะใช้เวลาปกติและใช้อุปกรณ์ดื่มน้ำชนิดธรรมดาได้	ดื่มน้ำได้เองอย่างปลอดภัยโดยใช้อุปกรณ์ดัดแปลง เช่น ไซ้หลอดดูดหรือใช้ช้อนดื่มน้ำหรือปรับสถานที่หรือมีผู้แนะนำ อาจใช้เวลานานกว่าปกติ	ดื่มน้ำได้เองเป็นส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย เช่น ช้วยจับแก้วน้ำไม่สำลัก	ดื่มน้ำได้เองบ้างแต่ยังต้องมีผู้ช่วยเหลือในการดื่มน้ำเป็นส่วนใหญ่ อาจสำลักบางครั้ง	ต้องใช้น้ำทางสายยาง สายน้ำเกลือหรือทาง gastrostomy เท่านั้น
2. รับประทานอาหาร หมายเหตุ: อาหารชนิดธรรมดา หมายถึง อาหารที่ผู้ป่วยเคยรับประทานได้คลุกก่อนป้อน	รับประทานอาหารชนิดธรรมดาได้เอง ไม่สำลัก ไม่หกเลอะเทอะ ใช้เวลาปกติและใช้อุปกรณ์รับประทานอาหารชนิดธรรมดาได้	รับประทานอาหารชนิดธรรมดาหรืออาหารดัดแปลงได้เองอย่างปลอดภัยโดยใช้อุปกรณ์ดัดแปลงหรือปรับสถานที่หรือมีผู้แนะนำให้เวลานานกว่าปกติ มีหกเลอะเทอะเล็กน้อย	รับประทานอาหารชนิดธรรมดาหรืออาหารดัดแปลงได้เองเป็นส่วนใหญ่ มีผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย เช่น ช่วยจับช้อนโดยไม่สำลัก	รับประทานอาหารชนิดธรรมดาหรืออาหารดัดแปลงได้เอง แต่ยังต้องมีผู้ช่วยเหลือในการรับประทานอาหารเป็นส่วนใหญ่ อาจสำลักบางครั้งหรือกรณีผู้ป่วยทานได้เองแต่มีสำลักเป็นบางครั้ง	ต้องให้อาหารทางสายยาง สายน้ำเกลือหรือทาง gastrostomy เท่านั้น
หมวดที่ 2 ทำความสะอาดใบหน้า ศีรษะและมือ (Grooming)					
5. ล้างมือ	ล้างมือได้เองอย่างสะอาดปลอดภัย ใช้เวลาปกติและใช้อุปกรณ์ล้างมือชนิดธรรมดาได้	ล้างมือได้เองอย่างสะอาดปลอดภัยโดยใช้อุปกรณ์ดัดแปลงหรือปรับสถานที่หรือมีผู้แนะนำให้เวลานานกว่าปกติ	ล้างมือได้เองเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สะอาดต้องมีผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย	ล้างมือได้เองบ้างแต่ไม่สะอาดต้องมีผู้ช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ต้องให้คนอื่นช่วยล้างมือให้ทั้งหมด
6. .					
7. .					
8. .					
35. กินยา	สามารถจัดยาและกินยาเองถูกต้อง ถูกขนาด ถูกเวลาและปลอดภัย	สามารถจัดยาและกินยาได้เองแต่ต้องมีผู้ตรวจสอบความถูกต้อง	สามารถออกชนิด ขนาด เวลาและกินยาได้เองแต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการจัดเตรียม	สามารถกินยาได้เองโดยมีผู้จัดเตรียมยาไว้ให้เพียงมือ	ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการจัดเตรียมและกินยาทุกขั้นตอน



## ภาคผนวก ข

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุญญโสพรรณ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรนภา กุ่มพันธ์วิ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. คุณอุมา จันทร์พิเศษ พยาบาลชำนาญการ 8 วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)  
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นายกิตติชัย บุญศรี	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	4857001	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	2544
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน		
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลปัตตานี	