



# การทบทวนองค์ความรู้ทางวิชาการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาท

และไขสันหลังในประเทศไทย ระหว่างปีพ.ศ. 2534- พ.ศ.2543\*

างิจุเลา บบะกัณเษ\*\* คณบดีกรมการแพงศ์\*\*\*ลัฒณ กิจรุ่งโรจน์\*\*ศิริวรรณ พิธิคุณธรร\*\*

มลงานอ

บทคัดย่อ

การทบทวนวิชาการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทสมองและไขสันหลังในประเทศไทย ได้มีการศึกษาอย่างกว้างขวาง ดังนั้นการทบทวนองค์ความรู้ทางวิชาการนี้เองก็ในระบบ จะนำไปสู่ความเข้าใจถึงธรรมชาติของการให้การดูแล และได้แนวทางการวิจัยในอนาคต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปลักษณะทางกายภาพของงานวิจัย และสรุปองค์ความรู้ที่ได้จากผลการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากวารสารทางการพยาบาลและสาขาที่เกี่ยวข้อง รวมถึงวิทยานิพนธ์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงบรรยายและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษสามารถสรุปได้ 3 ส่วน 1) ลักษณะทางกายภาพของข้อมูลงานวิจัย งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลังในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2543 มีจำนวน 28 เรื่อง มหาวิทยาลัยมหิดลผลิตผลงานวิจัยมากที่สุด และเป็นการศึกษาด้านการปฏิบัติพยาบาลทั้งหมด ส่วนใหญ่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณร้อยละ 92.9 เครื่องมือส่วนใหญ่มีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.70 และงานวิจัยทุกเรื่องวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย 2) คุณลักษณะทางประชากรของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ อยู่ใ้บ้บัยผู้ใหญ่มักมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพใช้แรงงานและมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการดูแลอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก มีประสบการณ์ในการดูแล และมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล 3) องค์ความรู้จากผลงงานวิจัย สามารถสรุปได้ 3 ประเด็น คือ 1) ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติบทบาทของผู้ดูแล ผู้ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีความรู้ในการดูแลแตกต่างกัน ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี และสถานภาพสมรสโสดจะมีทัศนคติในทางบวก 2) ผลกระทบจากการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ความเครียด การเผชิญความเครียดและการปรับตัว ความเหนื่อยหน่าย การรับรู้ภาระการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และความต้องการของผู้ดูแล และ 3) การจัดกิจกรรมการพยาบาล สามารถสรุปได้ 4 รูปแบบ คือ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ 2) การพัฒนาระบบการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมขณะอยู่โรงพยาบาล 3) การสอนและฝึกทักษะส่งเสริมให้ญาติมีความส่วนร่วมในการดูแลเพื่อเตรียมก่อนกลับบ้านและ 4) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน

จากการทบทวนองค์ความรู้ได้เห็นภาพการดูแลในแนวกว้าง แต่ยังไม่สามารถสรุปผลการศึกษาในเนวลึกได้ ทั้งนี้เพราะยังมีความบกพร่องด้านระเบียบวิธีวิจัยด้านผลการศึกษา ที่ยังไม่มีการนำมาศึกษาซ้ำ ดังนั้น ควรมีการศึกษาซ้ำต่อข้อถกองค์ความรู้ และระมัดระวังด้านระเบียบวิธีวิจัย

คำหลัก : งานวิจัยทางการพยาบาล, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลัง

\* งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณแผ่นดินและเป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถของครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรัง

\*\* อาจารย์, \*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันโรคสมัยใหม่ (modernized diseases) อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เช่น โรค หลอดเลือดสมองมักมีการรุนแรงมากขึ้น (สำนักงานนโยบายและแผน, 2539; คณะกรรมการอำนวยการจัดตั้งแผนพัฒนา, 2540) ประกอบกับความก้าวหน้าของวิทยาการเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้ประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลังโรคชีวิตเพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ เช่น ระดับการรู้สึกรู้สีกนึกคิด สมาธิ บุคลิกภาพ การเคลื่อนไหว ระบบขับถ่าย และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ความพิการหรือข้อจำกัดเหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาระยะยาวที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ทำให้ดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก และต้องเป็นภาระของบุคคลอื่นเป็นเวลายาวนาน (บุกุล ช่อลดา และนิตยา, 2537) นอกจากนี้ปัจจุบันโรงพยาบาลหลายแห่ง มีมาตรการเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียงรับผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อพ้นภาวะวิกฤตแพทย์จะจำหน่ายกลับไปดูแลต่อที่บ้าน จากข้อมูลดังกล่าวได้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นยิ่งที่ ต้องมีผู้ดูแล (สุคติ, 2541) ซึ่งผู้ดูแลมักเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามีย ภรรยา บุตร ที่จะช่วยดูแลทดแทนความสามารถของผู้ป่วย ทั้งการปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ การป้องกันโรค และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งการประทับประคองด้านจิตใจของผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพระบบประสาทและไขสันหลัง ซึ่งต้องพึ่งพาสูง เป็นการดูแลที่ผู้ดูแลต้องรับภาระนอกเหนือจากงานประจำที่ปฏิบัติ เช่น ต้องเรียนรู้บทบาทที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งการดูแลขั้นพื้นฐานและซับซ้อน ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเพื่อการรักษาหรือเพื่อจัดสภาพสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ต้องเผชิญกับที่อารมณ์เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ประกอบกับการดูแลต้องใช้แรงงานมากขึ้นและระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต เกิดความขัดแย้งในบทบาท ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (รุจา, 2535; Browning & Schwirian, 1994) และอาจส่งผลกระทบทางอ้อมแก่ผู้ป่วยได้

จากรวบรวมที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านบทบาทของ ผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล และภาระของ ผู้ดูแล เป็นต้น เพื่อนำองค์ความรู้ไปสู่แนวทางให้การช่วยเหลือสนับสนุนและพัฒนาให้ผู้ดูแล สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างมีคุณภาพ อย่างไรก็ตามองค์ความรู้หรือผลการวิจัยต่างๆ ยังนำไปใช้ประโยชน์ได้ไม่เต็มที่ ด้วยสาเหตุสำคัญ คือ ผลงานวิจัยอยู่ในลักษณะกระจัดกระจายและขาดประสานงานร่วมกัน จึงยากต่อการนำองค์ความรู้ไปปฏิบัติได้จริง (กรองไค และคณะ, 2539) คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทบทวนองค์ความรู้งานวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลังในประเทศไทยช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ของงานวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เห็นสภาพการณ์เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วย และเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะนำไปสู่การเข้าใจถึงธรรมชาติของการให้การดูแล ในแง่มุมต่าง ๆ และสะท้อนถึงความก้าวหน้าของงานวิจัยในอดีต และให้แนวทางการวิจัยในอนาคต

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. บรรยายสรุปเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพของ มะเร็ง
2. สรุปองค์ความรู้ที่ได้จากผลการวิจัยทุกข้อเรื่อง

## คำถามการวิจัย

1. งานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับวิธีการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลัง ในประเทศไทย ระหว่าง ปี พ.ศ. 2534- พ.ศ. 2543 มีคุณลักษณะด้านกายภาพอย่างไร
2. องค์ความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลัง ในประเทศไทย ระหว่าง ปี พ.ศ. 2534- พ.ศ. 2543 เป็นอย่างไร

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ในรูปแบบการวิเคราะห์เอกสาร (documentary analysis) เพื่อบรรยายลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยในเชิงปริมาณ และสรุปองค์ความรู้ที่ได้จากผลการวิจัยโดยมีวิธีการดำเนินการดังนี้

**ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลังซึ่งมีหลักฐานปรากฏ ตั้งแต่ ปี 2534-2543 โดยมีพยาบาลเป็นหัวหน้าโครงการ ซึ่งประกอบด้วยวิทยานิพนธ์และงานวิจัยสาขาการพยาบาล ทั้งที่ตีพิมพ์ลงในวารสารทางการแพทย์ สาขาที่เกี่ยวข้อง และเป็นรูปเล่มงานวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบบันทึกข้อมูลงานวิจัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ลักษณะทางกายภาพของข้อมูลงานวิจัย ประกอบด้วย ประเภทของการวิจัย ปีที่มีรายงานวิจัยปรากฏ แหล่งผลิตงานวิจัย การเผยแพร่ผลงานวิจัย ปัญหาการวิจัย กรอบแนวคิดของการวิจัย ประเภทของวิธีการวิจัย วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนที่ 2 คุณลักษณะทางประชากรของผู้ดูแล ประกอบด้วยตัวแปรที่สำคัญ ดังนี้ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพและรายได้ ระยะเวลาในการดูแล ประสบการณ์ในการดูแล และผู้ช่วยเหลือในการดูแล และ ส่วนที่ 3 องค์ความรู้จากผลงานวิจัย ประกอบด้วย 3 หัวข้อ ได้แก่ 1) ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติบทบาทของผู้ดูแล 2) ผลกระทบจากการดูแลของผู้ดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และ 3) การจัดการกิจกรรมการพยาบาล

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดย ดำเนินการ ดังนี้

1. สืบค้นรายชื่องานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากเว็บไซต์ (web site) ร่วมกับการสืบค้นด้วยมือจากบรรณานุกรมในห้องสมุด วารสารทางการแพทย์และวารสารที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งขอข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญที่ดำเนินการวิจัยในสาขาดังกล่าว

2. ประสานงานกับผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ซึ่งประจำอยู่ ณ สถานการณ์ศึกษาต่างๆ เพื่อถ่ายเอกสารต้นฉบับข้อมูลงานวิจัย รวมถึงการสืบค้นข้อมูลด้วยมือจากบรรณานุกรมในห้องสมุดของสถาบันนั้นๆ โดยสืบค้นจากวารสารทางการแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ วารสารพยาบาลศาสตร์ วารสารพยาบาลสาร วารสารพยาบาลศาสตร์สงขลานครินทร์ วารสารกรมการแพทย์ เป็นต้น และสืบค้นจากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ ในประเทศไทย ได้แก่ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นต้น

3. รวบรวมและบันทึกข้อมูลรายงานวิจัยลงในแบบบันทึกข้อมูลงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทางกายภาพของงานวิจัย โดยใช้โปรแกรม SPSS/window ซึ่งวิเคราะห์ในรูปแบบแจกแจงความถี่ และคำนวณร้อยละของข้อมูลแต่ละรายการ
2. สรุปองค์ความรู้จากผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องทุกเรื่องด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ตามตัวแปรที่ศึกษา

## ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนองค์ความรู้งานวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลัง ในประเทศไทยระหว่าง ปี พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2543 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นี้ แฝบทุกนี้

### ส่วนที่ 1 ลักษณะทางกายภาพของข้อมูลงานวิจัย

งานวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลังในประเทศไทย ระหว่าง ปี พ.ศ. 2534- พ.ศ. 2543 มีจำนวนทั้งสิ้น 28 เรื่อง เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท มากที่สุด ร้อยละ 78.6 ในปี 2540 มีผลงานวิจัยปรากฏมากที่สุด ร้อยละ 25 รองลงมา ปี 2541 ร้อยละ 21.4 มหาวิทยาลัยมหิดลผลิตผลงานวิจัยมากที่สุด ร้อยละ 57.1 วิทยานิพนธ์ทุกเรื่องและงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง เผยแพร่โดยการตีพิมพ์เป็นรูปเล่มฉบับสมบูรณ์ ส่วนวิทยานิพนธ์จำนวน 1 เรื่อง และงานวิจัย จำนวน 3 เรื่อง เผยแพร่โดยการตีพิมพ์ในวารสาร (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวน ของงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของงานวิจัย		
วิทยานิพนธ์-ระดับปริญญาโท	22	78.6
วิทยานิพนธ์-ระดับปริญญาเอก	1	3.6
งานวิจัย	5	17.9
ปีที่มีรายงานวิจัยปรากฏ		
2534-2536	1	14.3
2537	2	28.6
2538	1	3.6
2539	5	17.6
2540	7	25.0
2541	6	21.4
2542	2	7.1
2543	4	14.3
แหล่งผลิตงานวิจัย		
มหาวิทยาลัยมหิดล	16	57.1
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	6	21.4
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	4	14.3
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	1	4.0
โรงพยาบาลประสาทสงขลา	1	4.0
การเผยแพร่ผลงานวิจัย		
ตีพิมพ์เป็นรูปเล่มฉบับสมบูรณ์	25	89.3
ตีพิมพ์ในวารสาร	4	14.3

หมายเหตุ งานวิจัย 1 เรื่อง เผยแพร่ โดยการตีพิมพ์เป็นรูปเล่มฉบับสมบูรณ์ และในวารสาร

วิทยานิพนธ์และงานวิจัยทุกเรื่องเป็นการศึกษาด้านการปฏิบัติการพยาบาล และมีทฤษฎีเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ประกอบด้วยทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาล คือ ทฤษฎีการพยาบาลของโอริเอม ทฤษฎีการพยาบาลของรอย ทฤษฎีการพยาบาลของคิง ทฤษฎีการดูแล และกรอบแนวคิดและทฤษฎีอื่นๆ เช่น ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด ทฤษฎีบทบาท เป็นต้น โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ร้อยละ 92.9 ทุกเรื่องเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลมากที่สุด จำนวน 18 เครื่องมือ และเครื่องมือส่วนใหญ่จะนำของผู้อื่นมาใช้ โดยมีค่าความเชื่อมั่นมากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 ถึง 26 เครื่องมือ (ตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวนงานวิจัยทางการแพทย์ จำแนกตามลักษณะผลงานวิจัยทางการแพทย์

ลักษณะผลงานวิจัยทางการแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาการวิจัย – ด้านการปฏิบัติพยาบาล	28	100
กรอบแนวคิดการวิจัย		
ทฤษฎีทางการแพทย์	7	25
กรอบแนวคิดอื่นๆ	21	75
ประเภทของวิธีการวิจัย		
การวิจัยเชิงปริมาณ	26	92.9
การวิจัยเชิงปฏิบัติการ	2	7.1
วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง -เลือกแบบเจาะจง	28	100
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล		
- ประเภทของเครื่องมือ *		
แบบสอบถาม	18	-
แบบทดสอบ แบบวัด แบบประเมิน	15	-
แบบสัมภาษณ์	10	-
แบบสังเกต	5	-
แบบบันทึกภาคสนาม (field note)	1	-
แบบบันทึกภาคสนาม และถ่ายภาพ	1	-
- วิธีการสร้างเครื่องมือ		
นำเครื่องมือของผู้อื่นมาใช้	18	-
สร้างเอง	14	-
แปลและดัดแปลงเครื่องมือของผู้อื่น	8	-
- การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ		
- ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ		
มากกว่าหรือเท่ากับ 0.9	13	-
0.80-0.89	13	-
0.70-0.79	8	-
ต่ำกว่า 0.70	1	-
- หาค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกต		
มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8	3	-

\* หมายถึง งานวิจัยบางเรื่องใช้เครื่องมือมากกว่า 1 เครื่องมือ

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า สถิติบรรยายใช้กับงานวิจัยทุกเรื่อง และสถิติอ้างอิงที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ร้อยละ 35.7 รองลงมาเป็นการ

วิเคราะห์สมการถดถอยและถดถอยพหุ และการทดสอบค่าที่ ร้อยละ 21.4 เท่ากัน ส่วนงานวิจัยเชิงปฏิบัติการและงานวิจัยเชิงปริมาณอีก 1 เรื่อง ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (ตาราง 3)

ตาราง 3 จำนวนงานวิจัยทางการแพทย์ จำแนกตามลักษณะผลงานวิจัยทางการแพทย์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
สถิติบรรยาย		
แจกแจง ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, มัธยฐาน, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	28	100
สถิติอ้างอิง		
สถิติพารามตริก		
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	10	35.7
การวิเคราะห์สมการถดถอยและถดถอยพหุคูณ	6	21.4
การทดสอบค่าสถิติที	6	21.4
การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)	1	3.6
การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)	1	3.6
สถิติไม่ใช้พารามตริก		
การทดสอบไคสแควร์	2	7.1
Man witney U-test	1	3.6
Wileoxon Signed Rank test	1	3.6

\* งานวิจัย 1 เรื่อง ใช้มากกว่า 1 สถิติ

งานวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลังในประเทศไทย ระหว่าง ปี พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2543 มีจำนวนทั้งสิ้น 28 เรื่อง ซึ่งนับว่ามีจำนวนน้อยมาก ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากหลายๆ ปัจจัย เช่น การให้ความสนใจ หรือการบริหารจัดการเวลา เพราะพยาบาลจะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการให้การดูแลผู้ป่วย และบางครั้งอาจจะต้องทำงานนอกเหนือจากบทบาทพยาบาล จึงไม่มีเวลาที่จะศึกษาวิจัย ไม่มีเวลาในการสืบค้นหนังสือหรือตำราต่างๆ และไม่มีเวลาในการอ่านผลงานวิจัย (ศิริอร และเรณู, 2544) โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-พ.ศ. 2543 มีผลงานวิจัยปรากฏถึง ร้อยละ 67.8 จะเห็นได้ว่างานวิจัยด้านผู้ดูแลมีการศึกษาวิจัยมากขึ้นในระยะ 5 ปี ย้อนหลัง ทั้งนี้อาจจะด้วยนโยบายที่จะพัฒนาศักยภาพของครอบครัวและชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ดังจะเห็นได้จากแนวทางการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 มีเป้าหมายที่ "คน" โดยมีภาพลักษณ์สุขภาพของคนไทยอยู่ที่การให้ชุมชนเข้มแข็ง มีการรวมพลัง และมีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนา, 2540) ประกอบกับการมีนโยบายคุณภาพ ซึ่งปัจจัยประการหนึ่งที่บ่งบอกถึงคุณภาพของโรงพยาบาล คือ อัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย จึงจำเป็นยิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาลที่ดีพอ โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อลดระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาล (จิรุตม์ และคณะ, 2543; Cesta, Tahan & Fink, 1998) ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้จะเห็นว่ามีกรณีอีก 4 เรื่อง ที่ได้ศึกษาถึงการเตรียมผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย

มหาวิทยาลัยมหิดลเป็นแหล่งผลิตผลงานวิจัยมากที่สุด ร้อยละ 57.1 ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะเป็นมหาวิทยาลัยที่มีภาควิชาเปิดสอนในระดับบัณฑิตศึกษาทั้งในสาขาการพยาบาล และสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก จึงเป็นโอกาสให้ผลิตวิทยานิพนธ์มากด้วย (วิภาพร, 2541) สำหรับการเผยแพร่ผลงานวิจัยพบว่า มีเพียง 4 เรื่อง จาก 28 เรื่อง ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ด้วยเหตุนี้อาจส่งผลให้ผลงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลไม่แพร่หลาย หรือเผยแพร่ในกลุ่มที่จำกัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสถาบันภาพการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลของประเทศไทย พบว่า การเผยแพร่และการนำไปใช้ยังมีน้อย ทำให้มีอุปสรรคต่อการเข้าถึงงานวิจัยและการใช้ผลงานวิจัย (ศิริอร และเรณู, 2544) และงานวิจัยทุกเรื่องเป็นการศึกษาด้านการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากนำประสบการณ์จากการปฏิบัติพยาบาลมาเป็นโจทย์ในการดำเนินการวิจัย และให้ได้มาซึ่งความรู้ทางการแพทย์เพื่อพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (ศิริพร, 2539; ขวัญตาและคณะ, 2545)

สำหรับกรอบแนวคิดของการวิจัย พบว่า งานวิจัยเกือบทุกเรื่องมีแนวคิดหรือทฤษฎีเป็นแนวทางในการศึกษา เนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา จึงมีกรอบแนวคิดอย่างชัดเจน โดยศึกษาเชิงปริมาณมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณมีระเบียบวิธีการวิจัย มีขั้นตอนในการศึกษาวิจัย ไม่ซับซ้อน และใช้เวลาไม่นาน ประกอบกับการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษามีการกำหนดระยะเวลาในการศึกษา (ไข่มุกข์ และคณะ, 2535; วิภาพร, 2541) งานวิจัยทุกเรื่องเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลมากที่สุด และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติภาคบรรยายกับงานวิจัยทุกเรื่อง

## ส่วนที่ 2 คุณลักษณะทางประชากรของผู้ดูแล

การทบทวนองค์ความรู้ในด้านคุณลักษณะประชากรของผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลังในประเทศไทย ระหว่าง ปี พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2543 พบคุณลักษณะทางประชากรที่นำมาศึกษาหลายตัวแปรด้วยกัน ส่วนใหญ่จะนำมาศึกษาซ้ำในการวิจัยแต่ละเรื่อง โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. อายุ จากการศึกษ พบว่า อายุของผู้ดูแลเป็นตัวแปรที่สำคัญที่ถูกนำมาใช้ในการศึกษาอย่างแพร่หลาย ทั้งนี้เพราะอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่บ่งชี้ถึงระดับพัฒนาการและความสมบูรณ์ทางวุฒิภาวะ โดยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งผู้ที่อยู่ในวัยนี้มักจะมีภาวะสุขภาพดี มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีหน้าที่การงานที่มั่นคง ดังนั้นผลจากการศึกษาจึงพบว่า ผู้ดูแลจะรับรู้ถึงผลกระทบด้านลบในระดับต่ำถึงปานกลาง (ยุวราณี, 2537; เฟื่องลดา, 2539; จอม, 2540; สุรรัตน์, 2541; อรศิลป์, 2542; รัตนา, 2543) แต่เมื่อศึกษาในผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 40 ปี และมีปัญหาสุขภาพ จะมีทัศนคติในทางลบต่อผู้ป่วย (สายพิน และประอรนุช, 2538; จุฑารัตน์, 2540)



2. **เพศ** จากการศึกษาพบว่า เพศเป็นอีกตัวแปรที่ถูกนำมาศึกษาแพร่หลายเช่นกัน ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ทั้งนี้สอดคล้องกับลักษณะสังคมที่ว่า ผู้หญิงเปรียบเสมือนผู้ที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวอาจจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเพศหญิง ดังการศึกษาด้านปัจจัยกัลสตรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ว่าเพศหญิงมีแนวโน้มจะมีความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่มีอารมณ์อ่อนไหว และความคาดหวังจะทำให้การดูแลดีกว่าเพศชาย ดังนั้นจึงต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย จึงเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายได้ง่าย (จันทร์เพ็ญ, 2537)

3. **สถานภาพสมรส** สถานภาพสมรส เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ที่ทำให้ผู้ดูแลมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ช่วยแบ่งเบาภาระที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่

4. **ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย** จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหลักมักเกี่ยวข้องเป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิด เช่น บุตรที่ให้การดูแลบิดามารดาวัยสูงอายุ และคู่สมรส ซึ่งการมีสัมพันธภาพใกล้ชิดดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย และถือเสมือนเป็นบทบาทหน้าที่ที่พึงปฏิบัติ นอกจากนี้ยังพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยยังส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล (ทิตยา, 2543) และสามารถทำนายถึงการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลด้วย (เพียงใจ, 2540)

5. **ระดับการศึกษา** ผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (เพ็ญกลดา, 2539; รัมภ์รดา, 2539; จอม, 2540; พรชัย, 2540; อรศิลาปี, 2542) ซึ่งผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตแตกต่างกัน (อุมาและคณะ, 2535)

6. **การประกอบอาชีพ และรายได้** ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพใช้แรงงาน เช่น เกษตรกรรม รับจ้าง บางรายไม่ได้ประกอบอาชีพหรืออาชีพแม่บ้าน บางรายไม่มีเงินเหลือเก็บ จากการศึกษาหลายเรื่องพบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5.000 บาทต่อเดือน (อุมาและคณะ, 2435; รัมภ์รดา, 2539; จุฑารัตน์, 2540; สุริรัตน์, 2541; อรศิลาปี, 2542; จินตนา, 2543; รัตนา, 2543) ส่งผลให้มีฐานะทางการเงินไม่มั่นคง บางรายยังต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง จึงต้องขอความช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์ อย่างไรก็ตามการที่ผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพหรือประกอบอาชีพที่ใช้เวลาทำงานไม่แน่นอน หรือประกอบอาชีพที่สามารถให้บุคคลอื่นทำแทนได้ อาจจะเป็นผลดีเพราะจะมีเวลาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งนั่นหมายถึงจะต้องมีบุคคลอื่นที่เกื้อหนุนด้านการเงิน และเศรษฐกิจ

7. **ระยะเวลาในการดูแล** จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน เช่น บางการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลประมาณ 12-18 เดือน (พรชัย, 2540) และใช้เวลาที่ให้การดูแลเฉลี่ยต่อวัน ประมาณ 12.6 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ป่วย ข้อมูลดังกล่าวบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีความต้องการในการดูแลสูง (สุริรัตน์, 2541) โดยความต้องการดังกล่าวจะส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล (กัญญารัตน์, 2539)

8. **ประสบการณ์ในการดูแล** จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแล ทั้งประสบการณ์ตรงที่เคยให้การดูแลบุคคลในครอบครัว และประสบการณ์อ้อม ซึ่งการมีประสบการณ์มักจะถูกคาดหวังว่าจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี (อุมาและกษะ, 2535; ชูวาทิ, 2537; สุริรัตน์, 2541)

9. **ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย** การดำรงบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นับได้ว่าเป็นบทบาทที่จะต้องมีการปรับตัว นอกจากนี้ระยะเวลาที่ให้การดูแล จำนวนชั่วโมงที่ต้องให้การดูแลต่อวันมาก ดังนั้นจึงจำเป็นยิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องมีผู้ช่วยในการดูแล ซึ่งพบว่าผู้ช่วยเหลือที่สำคัญ คือ บุตร (สุริรัตน์, 2541)

จากการทบทวนองค์ความรู้ พบว่าคุณลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลัง ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมการดูแลส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากคุณลักษณะพื้นฐานเหล่านี้ ดังการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพที่สามารถปรับเปลี่ยนเวลาในการดูแลผู้ป่วยได้ และมีความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติ จึงไม่มีผลกระทบในทางลบต่อการดูแล ซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนไป และอาจจะก่อให้เกิดปัญหาในอนาคต เพราะจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและความสัมพันธ์ของสถาบันครอบครัว จากอิทธิพลของการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ตามแนวทางการพัฒนาตะวันตก ประกอบกับสัดส่วนของสถาบันครอบครัวในชุมชนเมืองมากขึ้น ขนาดของครอบครัวเล็กลงและเป็นครอบครัวเดี่ยว ด้านความสัมพันธ์ในสถาบันครอบครัวมีอัตราการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นช่องว่างมากขึ้น ขาดการดูแลเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุ (สำนักงานนโยบายและแผน, 2539) ดังนั้นทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลจะต้องตระหนักในประเด็นต่างๆ เหล่านี้ ทั้งในด้านการนำไปใช้ในการปฏิบัติพยาบาล เช่น การที่ผู้ป่วยมีผู้ดูแลเป็นคู่สามี หรือภรรยาที่สูงอายุ หรือด้านการบริหารการพยาบาลการกำหนดคนโยบายต่างๆ เช่น กรณีที่กำหนดให้ญาติเฝ้าไข้ผู้ป่วยไม่เกิน 1 คน เป็นต้น

### ส่วนที่ 3 องค์ความรู้จากผลงานวิจัย

จากการวิเคราะห์ตัวแปรหลักที่ใช้ศึกษาในงานวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลังในประเทศไทย ระหว่าง ปี พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2543 สามารถสรุปประเด็นหลักได้ 3 ประเด็น คือ 1) ความรู้ ทักษะคติ และบทบาทของผู้ดูแล 2) ผลกระทบจากการดูแลของผู้ดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และ 3) การจัดกิจกรรมการพยาบาล

#### ความรู้ ทักษะคติ และบทบาทของผู้ดูแล

1. **ความรู้ของผู้ดูแล** ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง และมีความรู้ในการดูแล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การดูแลการให้อาหาร การดูแลด้านจิตใจและการหผู้ป่วย

มาพบแพทย์อยู่ในระดับมาก โดยผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่างกันและมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองต่างกันจะมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน (อูมาและคณะ. ๒๕๓๕)

2. **ทัศนคติของผู้ดูแล** จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี และมีสถานภาพสมรสโสด จะมีทัศนคติในทางบวกต่อผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 40 ปี และมีสถานภาพไม่โสด เนื่องจากผู้ที่ไม่โสดอาจจะมีภาระทางครอบครัวมาก และผู้ที่มีอายุมากจะเหนื่อยล้าได้ง่าย (จุฑารัตน์. 2540) ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีความพิการ หลงเหลือมาก จึงกังวลถึงพาสูง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและเกิดทัศนคติในทางลบต่อการดูแล (จิณตนา, 2540)

3. **บทบาทของผู้ดูแล** ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ในด้านความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจ ความเอาใจใส่ในสุขภาพ ความเข้มแข็งในตนเองในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ และการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในการดูแล และมีความสามารถในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการดูแลให้ได้รับอากาศและการหายใจอย่างเพียงพอ การดูแลด้านการขับถ่าย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมและออกกำลังกาย การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนและการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวผู้ดูแลมีวิธีการเรียนรู้ 2 วิธี คือ การเรียนรู้ด้วยตนเอง 1) ตระหนักรู้ด้วยตนเอง ด้วยสามัญสำนึกว่าผู้ป่วยต้องการการดูแล 2) ประสบการณ์เดิมที่เคยให้การดูแล 3) การสังเกตวิธีการปฏิบัติจากพยาบาล อาจารย์และนักศึกษาพยาบาล 4) การทดลองปฏิบัติแบบลองผิดลองถูก 5) การศึกษาหาข้อมูลและความรู้ด้วยตนเองจากสื่อต่าง ๆ และการเรียนรู้จากพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพอื่นอย่างเป็นระบบ ผู้ดูแลได้รับข้อมูลความรู้และฝึกหัดทักษะต่างๆ จากการจัดกระทำให้ โดยการสอน สนับสนุน ชี้แนะให้คำปรึกษา จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ และจัดการให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้จากบุคลากรทีมสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้อง (จอม, 2540)

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่ 1) แรงจูงใจ เช่น ความกตัญญู ความห่วงใย 2) การมีเป้าหมายของการสังเกตและใช้เหตุผลในการคิดวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูล 3) ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการขอความช่วยเหลือ 4) การได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุและแนวทางการดูแล 5) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ดูแลอื่น 6) การสนับสนุนจากครอบครัว เช่น ความเอาใจใส่ ให้กำลังใจ และ 7) การมีเวลาดูแลผู้ป่วย

ผลกระทบจากการดูแลของผู้ดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแล ได้มีการศึกษาดูแลที่สะท้อนถึงผลกระทบต่อผู้ดูแลไว้หลายประการด้วยกัน สามารถสรุปได้ดังนี้

### 1. ความเครียด การเผชิญความเครียด และการปรับตัว

1.1 **ความเครียด** ความเครียดของการดูแลมีหลายระดับ โดยผู้ดูแลที่มีผู้ช่วยในการดูแลไม่ได้ทำงานนอกบ้าน มีสุขภาพดี และมีความรู้ในการดูแล จะประเมินความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (Wongjunlongsin. 1999) ส่วนผู้ดูแลที่รับรู้สมรรถนะตนเองอยู่ในระดับต่ำ จะประเมินความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง (Kuaprom , 1999; Wongjunlongsin, 1999)

**1.2 วิธีการเผชิญความเครียด** ผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหา การบรรเทาความเครียด และการจัดการกับอารมณ์ผสมผสานกัน โดยใช้การเผชิญกับปัญหามากที่สุด ได้แก่ การค้นหาความหมาย การควบคุมสถานการณ์ การพยายามแก้ปัญหา การแสวงหาข้อมูล ร่องลงมา คือ การบรรเทาความเครียดด้วยการยอมรับสถานการณ์ และใช้การจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด (Wongjunlongsin, 1999) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการบรรเทาภาวะเครียดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จันทร์เพ็ญ, 2537)

**1.3 การปรับตัวของผู้ดูแล** ผู้ดูแลสามารถปรับตัวอยู่ในระดับดี ทั้งด้านร่างกาย อึดมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่และการพึ่งพา เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะและผ่านประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต ทำให้เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดัดสินใจได้รวดเร็ว ส่วนผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรสจะได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับกำลังใจ ผู้ดูแลที่เป็นบุตร ถือว่าได้แสดงความกตัญญู เกิดความภาคภูมิใจ สิ่งเหล่านี้เสริมให้มีการปรับตัวได้ดี (กัญญารัตน์, 2538; จอม, 2540; จันทร์เพ็ญ, 2536; เฟื่องลดา 2539; สุกศิริ, 2541) ซึ่งผู้ดูแลที่ปรับตัวได้ดี จะให้การดูแลผู้ป่วยได้ดี

**2. ความเหนื่อยล้า** ความเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง อาจมีอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านอารมณ์ และด้านสติปัญญา เช่น อารมณ์ตึงเครียด ความสามารถในการทำงานลดลง และไม่ยอมมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าด้านพฤติกรรม ด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสติปัญญาและความนึกคิดอยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า ได้แก่ 1) แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลที่รับรู้ว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในการดูแล 2) จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันและระดับความพิการของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้า ทั้งนี้เพราะผู้ดูแลต้องสูญเสียเวลาในแต่ละวันไปกับการดูแลผู้ป่วยมาก หรือต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความพิการรุนแรง จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในการดูแล (กัญญารัตน์, 2539)

**3. ความเหนื่อยหน่าย** ความเหนื่อยหน่ายเป็นกลุ่มอาการ ซึ่งสะท้อนถึงการเกิดภาวะเครียดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลาจนกลายเป็นความเครียดเรื้อรัง ถ้าเกินความสามารถในการปรับตัวจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพนำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายด้านความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลในระดับไม่มีถึงต่ำ ด้วยปัจจัยที่สำคัญได้แก่ 1) แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้เนื่องจากสังคมไทยมีความสัมพันธ์ในหมู่เครือญาติ ได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ได้รับกำลังใจ จึงช่วยลดความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยลงได้ 2) เพศ มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และลดความเป็นบุคคล โดยเพศหญิงมีแนวโน้มว่าจะมีความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าเพศชาย เพราะเพศหญิงมีอารมณ์อ่อนไหว อีกทั้งความคาดหวังจะให้การดูแลดีกว่าเพศชาย

3) อายุ อายุทำนายความเหนื่อยหน่ายด้านความสำเร็จส่วนบุคคล เนื่องจากผู้ดูแลเป็นวัยทำงาน อาจจะต้องลาออกจากงาน คิดว่าตนเองไร้ค่า (จันทร์เพ็ญ, 2537)

4. ภาวะการดูแล การรับรู้ภาวะของผู้ดูแลมี 2 ด้าน คือ ด้านปรณัย และด้านอัตนัย ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาวะการดูแลในกิจกรรมต่อไปนี้ 1) การดูแลรักษาพยาบาล ได้แก่ การดูแลతోหายใจ การดูแลเสมหะ การทำกายภาพบำบัด การดูแลแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวนปัสสาวะ การทำกายภาพบำบัด การหัดเดิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กิจกรรมการดูแลเสมหะจากเครื่องดูดเสมหะเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะไม่ควรปฏิบัติ (อรอุษา, 2539) 2) การดูแลระหว่างบุคคลในเรื่องการสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย การพูดคุยให้กำลังใจ และปลอบใจ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายร้องไห้บ่อยโดยไม่ทราบสาเหตุ และ 3) การดูแลทั่วไป เช่น การนำผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัด (จินตนา, 2540)

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะ ได้แก่ 1) ความสามารถของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีระดับการพึ่งพามากจะมีกิจกรรมการดูแลค่อนข้างมาก ประกอบกับการได้รับความช่วยเหลือจากเครือญาติอันเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมลดลงเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงทำให้รับรู้ภาวะเพิ่มขึ้น (จินตนา, 2540) 2) แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการให้ความช่วยเหลือจะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาวะทั้งด้านปรณัยและด้านอัตนัยลดลง (จินตนา, 2540) และเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมเพียงด้านเดียวที่สามารถพยากรณ์ภาวะของผู้ดูแลทั้งภาวะเชิงปรณัยและภาวะเชิงอัตนัย (เพ็ญกลดา, 2539) และ 3) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการดูแล (เพ็ญใจ, 2540) ดังการศึกษาของสายพินและประอรนุช (2538) พบว่า สัมพันธภาพก่อนเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อความคิดความรู้สึกละและพฤติกรรมในการดูแลสามี กลุ่มที่มีความสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ภรรยาจะให้การดูแลสามีด้วยใจถือเป็นการร่วมทุกข์ร่วมสุขกับคนที่รัก เป็นโอกาสที่จะได้ตอบแทนสามี ปฏิบัติต่อสามีด้วยความใจเย็นและใช้เหตุผล

5. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล จากการศึกษาของ สายพินและประอรนุช (2538) ถึงปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง สามารถสรุป ได้ 3 ประการ คือ 1) ความเสื่อมในการคิดริ้วของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่ทำนายได้ดีที่สุด นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีความเสื่อมในการคิดริ้วมากมีการเปลี่ยนแปลงระบบประสาทที่ควบคุมพฤติกรรม มีอาการหลงลืม ซึมเศร้า ทำให้ต้องใช้เวลาในการดูแลมาก ประกอบกับภรรยาผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพมากกร่วมด้วย จึงละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง 2) การมีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ต้องจ่ายค่ายาและค่ารักษาพยาบาลสูง และเมื่อผู้ป่วยมีอาการไม่ดีก็จะขวัญผวา เพราะห่วงกังวลถึงเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต 3) การประเมินสถานการณ์ของการดูแลในทางลบ คือ การรับรู้ว่าเป็นความคุกคามและความเครียด ส่งผลให้ผู้ดูแลมีอาการเจ็บป่วยมาจากความเครียด เช่น อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ใจสั่น รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดศีรษะและหายใจไม่เต็มอ้อม

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล คือ แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง และเชื่อว่าจะสามารถจัดการกับสถานการณ์เครียดได้ ประกอบกับการได้รับช่วยเหลือโดยตรงในการจัดหรือปรับเปลี่ยนต้นเหตุของปัญหา จะช่วยให้ปัญหาที่มีอยู่เล็กน้อย และสามารถจัดการกับความเครียดได้ในที่สุด

6. ความต้องการของผู้ดูแล ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละระยะของโรคจะต่างกัน สังเกตการศึกษถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สุรรัตน์, 2541) พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ 1) ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ 2) ด้านการสนับสนุนหรือประคับประคองจิตใจและอารมณ์ 3) ด้านการจัดการภายในบ้าน 4) ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย 5) ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ และ 6) ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย สำหรับการศึกษาค้นคว้าความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน พบว่า สมาชิกในครอบครัวและพยาบาลรับรู้ตรงกันว่าผู้ดูแลมีความต้องการอันดับแรก คือ การลดความวิตกกังวล และความต้องการของสมาชิกในครอบครัวสูงกว่าการรับรู้ของพยาบาล แต่ความต้องการของผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการตอบสนองมากกว่าร้อยละ 67.6 และบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลได้มากที่สุด คือ พยาบาล (อุบลวรรณ, 2541) นอกจากนี้ยังมีการระบุถึงแหล่งที่จะตอบสนองต่อความต้องการ ได้แก่ 1) บุคลากรทางการแพทย์ ควรตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร และยอมรับในความสามารถของผู้ดูแล 2) ญาติ ควรตอบสนองความต้องการด้านการเงิน การเห็นอกเห็นใจและสนับสนุนด้านสิ่งของและให้มีคนอื่นช่วยดูแลผู้ป่วย (จินตนา, 2540; พวงทอง, 2541)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ดูแล ได้แก่ ความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเอง เป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความต้องการของผู้ดูแล นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีความสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากความต้องการของผู้ดูแลจะน้อยลง (สุรรัตน์, 2541)

การจัดกิจกรรมการพยาบาล การจัดกิจกรรมการพยาบาล สามารถสรุปได้ 4 รูปแบบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ การศึกษาตัวแปรด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีการศึกษา 2 เรื่อง คือ ผลของการการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ คือ ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และอาการแสดงของโรค การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ความเอื้ออาทร และความไว้วางใจที่มีต่อสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น ผลการศึกษา พบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ส่งผลให้ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุน และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (รัตนา, 2543) และ

การรับรู้ภาระเชิงปริมาณและเชิงอัตนัยของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุน และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (พรชัย, 2540)

2. การพัฒนาระบบการพยาบาลให้ญาติมีส่วนร่วมขณะอยู่โรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลทุกรายต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบทบทวนและทำให้ผู้ป่วยทั้งหมด เพื่อลดภาระของพยาบาลและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี มีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมการดูแลของผู้ดูแลในโรงพยาบาล คือ นโยบายและระบบการสนับสนุนให้การเรียนรู้แก่ผู้ดูแลตามความสามารถ และความพร้อม การประสานงาน และการติดต่อสื่อสารที่เสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย การผลิตคู่มือและสื่อที่ช่วยพัฒนาการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจดจำและนำไปปฏิบัติตามได้อย่างมั่นใจและถูกต้อง รวมทั้งการมีกลุ่มสนับสนุนและให้กำลังใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในหอผู้ป่วย (ประณีตและคณะ, 2543)

3. การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ได้มีการศึกษาดังการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลไว้หลายเรื่อง โดยมีวัตถุประสงค์หลักของการเตรียมความพร้อม คือ 1) เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ และมีพฤติกรรมดูแลที่ดี ดังการศึกษาถึงผลการสอนเรื่องการดูแลที่บ้านโดยใช้ทฤษฎีการดูแล พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมมีความความรู้ และมีพฤติกรรมดูแลสูงกว่าก่อนเตรียมความพร้อม และสูงกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสอนตามปกติ (นฤมล, 2539) และเมื่อเยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าหลังเตรียมความพร้อม (อารมณ, 2540) 2) เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น จากการศึกษาการให้โปรแกรมการเตรียมผู้ดูแลในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ พบว่า ผู้ดูแลปฏิบัติด้วยความเต็มใจ และมีประสิทธิภาพ โดยการเตรียมให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติเปลี่ยนท่านอน การกระตุ้นให้ผู้ป่วยยืนตัวทุก 30 นาที ดูแลความสะอาดของผิวหนังได้ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีคู่มือที่เข้าใจง่าย มีการคัดแปลงอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับท้องถิ่น และมีการปรับเปลี่ยนหน้าที่การงาน เช่น การมาทำงานที่บ้าน และ 3) เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาถึงผลการสอนเรื่องการดูแลที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจภายหลังการสอนสูงกว่าก่อนการสอน และสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสอนตามปกติ (นฤมล, 2539)

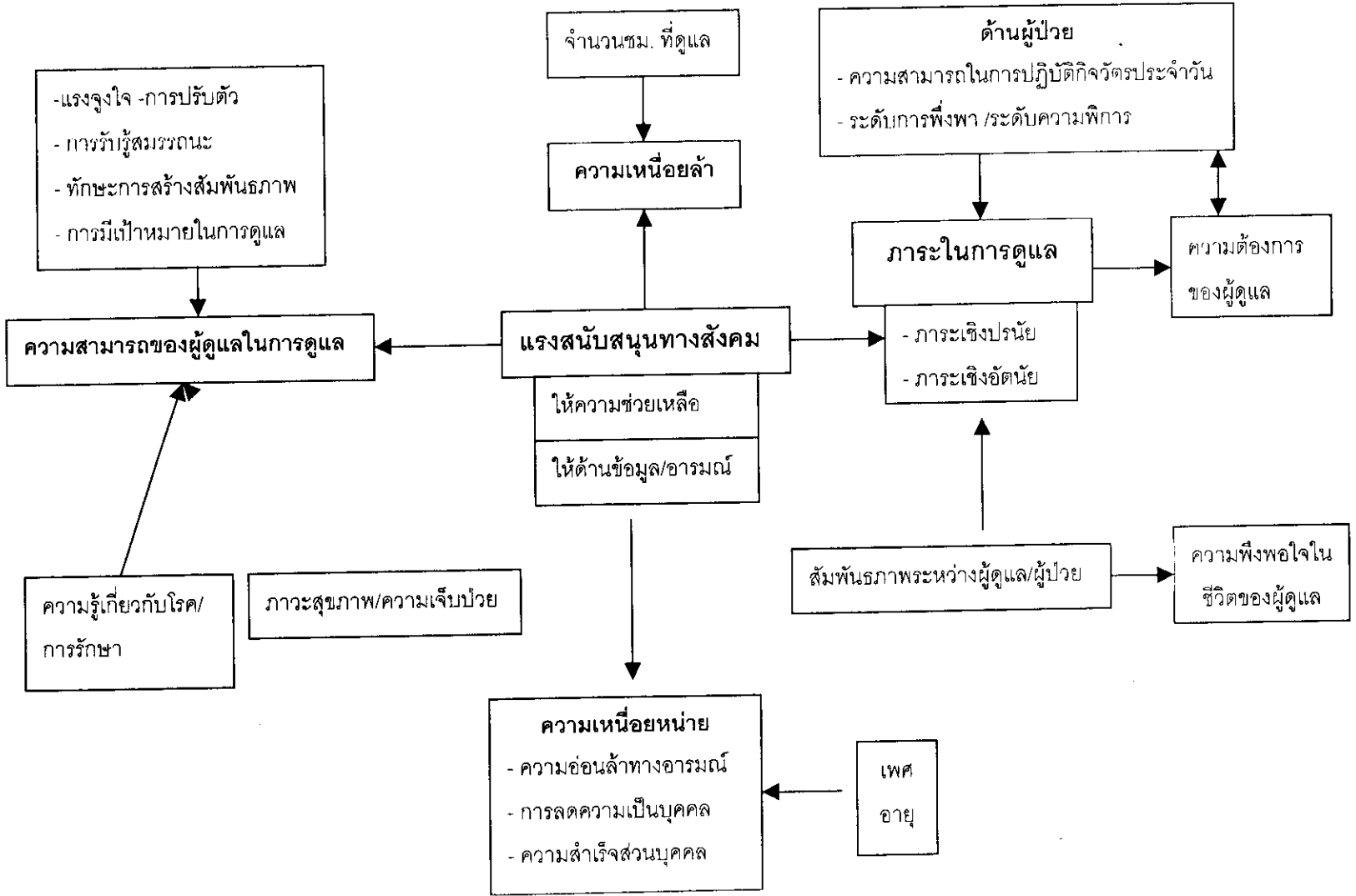
4. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล มี 4 ระยะ คือ “ตั้งตัวไม่ติด/คิดไม่ออก” “หัวเลี้ยวหัวต่อ” “แสวงหา/ปรับวิธีการใหม่” และ “ชีวิตที่ลงตัว” 2) การส่งเสริมการดูแลที่บ้าน ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมและพัฒนาความสามารถในการดูแลและจัดการตัวเอง และพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างยั่งยืนและปรับวิถีชีวิต โดยมีกลยุทธ์การส่งเสริมความสามารถการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความไว้วางใจและเชื่อถือ สะท้อนคิด พิจารณา การมีส่วนร่วม หากกลุ่มช่วยเหลือ สร้างพลังความสามารถในการดูแล ผสมผสานความเชื่อ การดูแล สนับสนุนและชมเชยในวิธีการดูแลของผู้ดูแล ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน สร้างสิ่งหล่อเลี้ยง

ทางใจ 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ประสพการณ์ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ครอบครัวร่วมรับรู้ การเตรียมความพร้อม ความหวัง การช่วยเหลือของครอบครัว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระดับความต้องการการดูแล แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการตัดสินใจ ปรัชญาการดูแล และภาวะเศรษฐกิจ (สุคศิริ, 2541)

จากการทบทวนองค์ความรู้ดังกล่าวได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทและไขสันหลังเป็นการดูแลระยะเวลายาวนาน และมีระดับความพึ่งพาสูง ดังนั้นแม้ผู้ดูแลจะมีความรู้ มีเจตคติที่ดี และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ก็ยังสามารถเกิดความรู้สึกในทางลบ เช่น เบื่อหน่ายเหนื่อยล้า และรับรู้ถึงภาระที่เกิดขึ้น ดังนั้นทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด สามารถช่วยเหลือผู้ดูแลได้ ทั้งในด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล คือ การลดระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยโดยการวางแผนให้การดูแลรักษาผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อลดความพิการของผู้ป่วย และการเพิ่มศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแล โดยการเตรียมความพร้อมสำหรับการดำรงบทบาทผู้ดูแล เพราะจากการทบทวนองค์ความรู้จะเห็นว่าการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแลจะเกิดผลลัพธ์ ทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านผู้ป่วย หนึ่งสภาวะทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง (ยวราณี, 2537; รัมภ์รดา, 2539; จินนะรัตน์, 2540) และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยดีขึ้น บางรายสามารถฟื้นฟูสภาพจนสามารถดูแลตนเอง เดินได้ และกลับไปดำเนินชีวิตเช่นเดิม (อารมณ์, 2540; สุคศิริ, 2541) ด้านผู้ดูแล การเตรียมผู้ดูแลช่วยปรับสภาพทางอารมณ์ ช่วยให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความมั่นใจสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นได้ (พรชัย, 2540; รัตนา, 2543) มีความความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เช่น ในด้านการประเมินสุขภาพผู้ป่วย การสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพ (นฤมล, 2539; จินนะรัตน์, 2540; อารมณ์, 2540; สุคศิริ, 2541) และมีความพึงพอใจสูงขึ้น

นอกจากนี้จากการทบทวนองค์ความรู้ยังได้ยืนยันถึงความสำคัญของตัแปร ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ดังแผนภูมิที่ 1 ซึ่งจะเห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดทอนผลกระทบในทางลบที่เกิดขึ้นแก่ผู้ดูแล ดังนั้นจึงสามารถนำไปศึกษาต่อยอดองค์ความรู้ เช่น การสร้างเครือข่ายทางสังคมในชุมชน เพื่อให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ยั่งยืน โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ที่มีเป้าหมายให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักในการส่งเสริมการดูแลป้องกันตนเอง อันเป็นพื้นฐานการมีส่วนร่วมพัฒนาสุขภาพอนามัย (สำนักงานนโยบายและแผน, 2539)





แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้

## ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. จากการกำหนดข้อตกลงเบื้องต้น โดยระบุว่าหัวหน้าโครงการเป็นพยาบาล จึงมีข้อจำกัดของการนำผลงานวิจัยมาใช้ในการศึกษา เพราะผลงานวิจัยบางเรื่องเป็นการวิจัยร่วมกันของทีมสหวิทยาการ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ร่วมโครงการ
2. ระบบข้อมูล เนื่องจากยังไม่มีหน่วยงานใดที่มีการจัดทำฐานข้อมูลงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การสืบค้นข้อมูลมีอุปสรรคทั้งความครบถ้วน และระยะเวลาที่ใช้

## ข้อเสนอแนะ

1. จากการทบทวนองค์ความรู้ได้ให้ภาพในแนวกว้าง แต่ยังไม่สามารถสรุปผลการศึกษาในแนวลึกได้ ทั้งนี้เพราะตัวแปรหลายตัวไม่ถูกนำมาศึกษาซ้ำ ดังนั้นจึงได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ดังนี้
  - 1.1 ควรศึกษาซ้ำในตัวแปรต่างๆ เพื่อทดสอบสมมติฐานในความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ดังในแผนภูมิที่ 1
  - 1.2 งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะญาติ ดังนั้นควรศึกษาในผู้ดูแลกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่ญาติ ซึ่งคาดว่าในอนาคตแนวโน้มของผู้ดูแลกลุ่มนี้จะมีมากขึ้น
  - 1.3 การศึกษาต่อองค์ความรู้ เช่น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เพราะชุมชนเป็นแหล่งทรัพยากรบุคคลที่สำคัญที่สามารถเข้ามาช่วยเหลือผู้ดูแลได้ หรือสร้างชุดการดูแลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ พร้อมทั้งเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยแบบครบองค์รวม ทั้งนี้เพราะจากการศึกษาพบว่า การดูแลด้านจิตใจเป็นอีกมิติหนึ่งที่ทำให้เกิดความยากลำบากแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
2. ควรส่งเสริมให้มีการเผยแพร่งานวิจัยทางการแพทย์ เช่น วิทยานิพนธ์ อาจกำหนดเป็นระเบียบปฏิบัติของบัณฑิตวิทยาลัยทุกสถาบัน ให้มีการนำเสนอผลงานวิจัยโดยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางการแพทย์ หรือนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการต่างๆ ก่อนสำเร็จการศึกษา

## เอกสารอ้างอิง

กรองไค อุณหสुक เพ็ญศรี ระเบียบ ศิริอร สินธุ และศิริพร จิรวัดน์กุล. (2539). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับพยาบาลในสตรีไทยที่ได้รับการผ่าตัดในระหว่างปี พ.ศ.2527-2536 โดยการวิเคราะห์เมต้า. วารสารพยาบาลศาสตร์, 14 (2), 32-47.

กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ขวัญลา บาลทิพย์ ประณีต ส่งวัฒนา อังศุมา อภิชาโต และรังสียา นารินทร์. (2545). สถานภาพการวิจัยทางการแพทย์ของพยาบาลในภาคใต้ ระหว่าง พ.ศ. 2538-2543. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 22 (2), 1-17.

ใจบุญ วิเชียรเจริญ และคณะ. (2535). รายงานการสำรวจผลงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2530-2532. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนา. แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข.

จันทร์เพ็ญ แซ่หวุ่น. (2536). ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จินตนา หาญประสิทธิ์คำ. (2543). ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จินตนา สมนึก. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จินนระรัตน์ ศรีภักทธิญา โย. (2540). ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิระชัย ศรีรัตนบัลล์ สมเกียรติ โพธิ์ศักดิ์ ยุพิน อังสุโรจน์ จารุวรรณ ธาดาแดง และศรานุช ใจตมรศักดิ์. (2543). เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : ดีไซร์.

จุฬารัตน์ สติรปัญญา. (2540). ทศนคติของญาติต่อผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วารสารกรมการแพทย์, 22 (1), 12-18.

จอม สุวรรณโณ. (2540). ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทิตยา ทิพย์สำเนียง. (2543). ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญกุล ตะบูนพงศ์ ช่อลดา พันธุเสนา และนิตยา ตากวิริยะนันท์. (ตุลาคม-ธันวาคม 2537).  
ภูมิหลังและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 14(4), 1-13

นฤมล เพ็ชรเจริญ. (2539). ผลการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ทฤษฎีการดูแลต่อ  
ความรู้ ความพึงพอใจและพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาท. วิทยานิพนธ์  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประทีต ส่วงวัฒนา และคณะ. (2543). การพัฒนาระบบการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วม  
ร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทและสมองในโรงพยาบาล. วารสารสภาการ  
พยาบาล, 15 (3), 1-20.

พวงทอง กล่อมใจเย็น (2541). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากการบาดเจ็บทาง  
กระดูกสันหลัง. โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร.

เป็ียงใจ ตีรไพรวงศ์. (2540). สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของ  
สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา  
การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรชัย จุลเมตต์. (2540). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาระของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุร  
ศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และอาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2535). การสำรวจปริมาณและ  
ลักษณะผลงานวิจัยทางการพยาบาลในรอบ 10 ปี (พ.ศ. 2525-2534). วารสารพยาบาลสงขลา  
นครินทร์, 12(4), 1-13.

เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงแสนับสนุน  
ทางสังคมและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุราวณี สุขวิญญาณ์. (2536). ผลของการเตรียมญาติเพื่อดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่บ้านต่อ  
การป้องกันแผลกดทับ. พยาบาลสาร, 21, (1), 13 - 24.

รัตนา อยู่เปล่า. (2543). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวล  
ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ  
พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รัมภ์รดา อินทร. (2539). ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่  
ศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ. วิทยานิพนธ์  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รุจา ภูไพบูลย์. (2535). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว. วารสาร

พยาบาล, 41(1), 9-19.

วิภาพร เอกศิริวรานนท์. (2541). การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริพร ชัมภลลิขิต. (2539). การวิจัยทางการพยาบาล. ใน *วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ*. หน้า 1-24. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา

ศิริอร สิ้นธุ และเรณู พุกบุญมี. (2544). การรับรู้อุปสรรคต่อการนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล*, 5 (1), 71-85.

สายพิน เกษมกิจวัฒนา และประอรนุช ดุลยาทร. (2538). ปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 13 (4), 76-86.

สุดศิริ หิรัญชุนหะ. (2541). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ (2541). ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2539). *สถานภาพของแผนพัฒนาการสาธารณสุขในอดีต-ปัจจุบัน และทิศทางของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)*. กระทรวงสาธารณสุข.

อรศิลปี ชื่นสกุล. (2542). การปรับตัวและความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อรอุษา ชูบุรี. (2539). บทบาทของผู้ดูแลในภาวะดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อารมณ บุญเกิด. (2540). ประสิทธิภาพของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุบลวรรณ กิติรัตน์ระการ. (2541). การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวภาวะวิกฤต จากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุมา จันทวิเศษ เอมอร แซ่จิว รุ่งทิพย์ อุดมวิเศษสันต์ และภัทราวดี เอื้อพิชญานนท์.  
(2535). **ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความร็งของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง**. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

Browning, J.S. (1994, March). Spousal caregivers' burden impact of car recipient health problems and mental status. **Journal of Gerontological Nurse**, 17-22.

Cesta, T.G., Tahan, H.A., & Fink L.F. (1998). **The case management's survival guide : winning strategies for clinical practice**. St. Louis : Mosby.

Wongjunlongsin, S. (1999). **Caregiving demands, stress, and coping of family caregivers of patients with cerebrovascular disease**. Dissertations of master nursing science. Mahidol University.

Kuaprom, W. (1999). **Caregiving demands of patients with parkinson's disease, self-efficacy, and stress of family caregivers**. Dissertations of master nursing science. Mahidol University.

# **Intensive Reviews of Nursing Research Related to the Caregivers of Neurological and Spinal Cord Injury Patients in Thailand during 1991-2000**

## **Abstract**

In Thailand, there are many nursing studies related to the caregivers of patients with neurological and spinal cord injury. Results of the review will gear to an understanding of phenomena of caring, and for conducting further researches. The purpose of this study was to review and explore nursing research status that related to the caregivers of patients with neurological and spinal cord injury. Data were collected from research reports that were completed during 1991-2000 using the semi-structured assessment forms was developed by the researcher team and the quality of the instruments was tested by content validity. The sources of material were from nursing journals, nursing theses, and related journals. Data were statistically analyzed using Statistical Package for the Social Sciences for Windows and qualitative data were analyzed by content analysis.

The results can be categorized into 3 parts : 1) **General characteristics of the data** : there were 28 topics completed in Thailand between 1991-2000. Most were published in 1997. A major source of publication was Mahidol University. All researches were conducted in the area of nursing practice. The majority of research projects were quantitative studies 92.9 percent. Reliabilities of research instruments were mostly more than 0.70. Data were mostly analyzed by statistical analysis using frequency, percentage, and means. 2) **Demographic data of the population** : the majority of the population were female , married and in adult. The largest groups of the education level were primary education. The occupation was mostly labored. Monthly earnings were less than 5,000 Baht. Most caregivers were family members so there were closed caregiver-patient relationship. Timing for caring of patients per day was in moderate to high level. Almost all had experience for caring of patients. The most important assistants were their offspring. 3) **Body of knowledge** related to the caregivers of patients with neurological and spinal cord injury can be categorized into 3 themes : 3.1) knowledge, attitude, and caregivers' role-taking. The more different of education level, the more different of knowledge of caring. Caregivers who were single and younger than 40 years old would have positive attitude towards caring. 3.2) Impact of caregivers' role-taking. Stress, appraisal, and coping caregivers' role-taking. The perception of fatigue, the burn out , the caring burden , health status of caregivers, and the caregiver's need. 3.3) The formal health education and support provided by professional nurses were reported in 4 model. 1) information and emotional support model, 2) development of the participation in caring for patients in hospital, 3) development a model of the discharge planning for enhancing caregivers' caring ability, and 4) development of home a care model.

There are many research report but, the result still inconsistency methodological issue such as small sample size, small number of studies, and no integrated to see the phenomena of the caregiver of neurological and spinal cord injury patients clearly.

**Key words** : nursing research, caregivers, neurological and spinal cord patient