

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับตัว
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
The effect of Social Support Program on Adaptation
of Stroke Caregivers

ยุวรีย์	อินทร์เพ็ญ *	Yuwaree	Inphen *
จินดารัตน์	ชัยอาจ **	Jindarat	Chaiard **
ทศพร	คำพลศิริ **	Totsaporn	Khampolsiri **

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความพิการต่อผู้ป่วย และเป็นภาระต่อญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการปรับตัวอย่างเหมาะสม การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึงสิงหาคม 2562 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลคือ แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแลของออร์ซิลป์ ซีนกุล (2542) หาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสถิติฟิชเชอร์

ผลการวิจัยพบว่า

1. ระดับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)
2. ระดับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสัปดาห์ที่ 8 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่ไม่แตกต่างกันในสัปดาห์ที่ 4

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลดีต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงสมควรนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มีการปรับตัวอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม, การปรับตัว, ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

* ผู้เขียนหลัก, โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* Corresponding Author, Mahidol University Nakhonsawan Campus, yuwaree.inp@mahidol.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 20 สิงหาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 16 กันยายน 2562 วันตอบรับบทความ 27 ธันวาคม 2562

Abstract

Cerebrovascular disease leads to patients' disabilities and creates a burden for the caregivers in the long term which leading them to have stress. Therefore, stroke caregivers must adapt themselves appropriately. The purpose of this quasi experimental research was to examine the effect of a social support program on the adaptation of stroke caregivers. Subjects were caregivers of stroke patients who had been admitted to Sawanpracharak Hospital from May 2019 to August 2019. These participants were purposively assigned into control and experimental groups with 25 participants in each group. The experimental group received the social support program run by researchers. Research instrument was the Social Support Program developed on the social support model of Schaefer, Coyne & Lazarus (1981). The data collection tool was the Caregiver Adaptation Questionnaire by Chuenkul (1999). The content validity was validated by 5 experts and reliability was tested with Cronbach's coefficient of .82. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and Fisher's exact probability test.

The results revealed that:

1. The adaptation levels of stroke caregivers in the experimental group after receiving the Social Support Program at 4 weeks and 8 weeks were statistically significantly different ($p < .01$)
2. The adaptation levels of stroke caregivers in the experimental group after receiving the Social Support Program were statistically significantly different from those in the control group at 8 weeks ($p < .01$), but not statistically significantly different at 4 weeks.

The results of this study indicate that the Social Support Program could has positive effect on adaptation among stroke caregivers. Therefore, this program can be used in nursing practice to enhance more effectively on adaptation among stroke caregivers.

Keywords: *Social Support, Adaptation, Stroke Caregivers*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อระบบประสาทกับผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปดูแลที่บ้าน จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6 ล้านคนในแต่ละปี (World Stroke Organization, 2019) สำหรับในประเทศไทย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประเทศไทย (Ministry of Public Health, 2020) ภายหลังจากเจ็บป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมี

ความพิการหลงเหลืออยู่ เกิดความบกพร่องในการเคลื่อนไหวหรือการรับรู้ความรู้สึก (Seesawang & Thongtang, 2016) อีกทั้งยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของบทบาทในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินบทบาทเดิมของตนได้ (Satink et al., 2013) จึงเป็นภาระของผู้ดูแลที่ต้องคอยช่วยเหลือผู้ป่วย (Schulz & Eden, 2016) ส่งผลให้เกิดภาระด้านร่างกาย ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ และปวดเมื่อยตามร่างกาย (Petchrourng, Priyatruk, & Thongkeang, 2013) ด้านจิตใจ พบว่า รู้สึกเศร้าโศกที่ต้องเข้ารับบทบาทในการดูแลผู้ป่วย (Saban & Hogan,

2012) รวมทั้งเกิดความเครียด ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง (Ogunlana, Dada, Oyewo, Odole, & Ogunsan, 2014) จากที่กล่าวข้างต้น ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวเกิดขึ้น

การปรับตัวเป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลเพื่อเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตหรือจัดการกับปัญหาเหล่านั้น และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ระบบการปรับตัวตามแนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) ประกอบด้วย สิ่งเร้า 3 กลุ่ม คือ สิ่งเร้าตรงเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ปรับตัวอย่างทันที สิ่งเร้าร่วม มีผลในทางบวกและทางลบต่อการปรับตัว และสิ่งเร้าแฝงเป็นสิ่งที่อาจมีอิทธิพลแต่ไม่ชัดเจนเมื่อสิ่งเร้าผ่านเข้าสู่ระบบจะกระตุ้นให้เกิดกระบวนการเผชิญปัญหา จนแสดงออกเป็นพฤติกรรมปรับตัวซึ่งบุคคลจะปรับตัวได้นั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งเร้าและระดับความสามารถของบุคคล (Roy & Andrews, 1999) จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สิ่งเร้าตรงที่มากกระทบ ได้แก่ ภาระการดูแล การเข้ารับทบทพผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม (Khomkham, Rattanathanya, & Krainuwat, 2015) เพราะเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลโดยตรง ส่งผลให้ผู้ดูแลแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว (Petchrourng, Priyatruk, & Thongkeang, 2013) นอนไม่หลับ ท้องผูก และปัสสาวะน้อยสีเข้ม (Saengmanee, Arpanantiku, & Sirapongam, 2012) ด้านอัตมโนทัศน์พบว่า เกิดความรู้สึกด้านลบแก่ตนเอง (Petchrourng, Priyatruk, & Thongkeang, 2013) และรับรู้ภาพลักษณ์ที่ทรุดโทรมของตนเอง (Saengmanee, Arpanantiku, & Sirapongam, 2012) นอกจากนี้ยังใช้วิธีการหนีปัญหาและหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วย (Ckumdee, Arpanantikul, & Sirapongam, 2014) ซึ่งเป็นพฤติกรรมปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาระหว่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการ

ใช้วิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมการปรับตัว ได้แก่ การสอนและฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้นและเกิดการปรับตัวดีขึ้น (Morrakot, Nilmanat, & Matchim, 2015) การเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ เป็นแหล่งสนับสนุนที่ช่วยในการจัดการความเครียด ทั้งยังช่วยทบทวนความรู้และทักษะในการดูแล จนทำให้เกิดความมั่นใจและพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (Paksee, Sirapongam, Monkong, & Leelacharas, 2016) นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมมีผลเชิงบวกต่อการปรับตัวของผู้ดูแล (Khomkham, Rattanathanya, & Krainuwat, 2015) ทำให้รู้สึกมีคุณค่า ส่งผลดีต่อสุขภาพ และช่วยให้สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปรับตัวได้เหมาะสม (Han et al., 2013) ดังนั้นผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแล

การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นแนวคิดที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ (Brandt & Weinert, 1981) ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านข้อมูล และ 3) ด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาสร้างโปรแกรมที่ทำให้เกิดผลลัพธ์กับผู้ดูแลหลายด้าน เช่น ทำให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และมีเจตคติที่ดีต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล (Keelapang, 2016) ทำให้เกิดความเข้าใจ จนสามารถชี้แนะและตักเตือนผู้ป่วยได้ (Singmanee, Vannarit, & Tachaudomdach, 2017) อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต และยังช่วยลดภาระการดูแลได้ (Kunyodying, Pothiban, & Khampolsiri, 2015) เป็นต้น แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัว ซึ่งเป็นการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลในหลายมิติทั้งด้านอารมณ์

ด้านข้อมูลและด้านด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล และ 3) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ เมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ทำให้มีความรู้และทักษะ ซึ่งอาจนำข้อมูลที่ได้รับมาใช้ในการตัดสินใจ เพื่อเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น การสนับสนุนให้เข้าถึงแหล่งประโยชน์ในสังคม รวมทั้งกิจกรรมเยี่ยมบ้านและทางโทรศัพท์ ช่วยสร้างความมั่นใจและเพิ่มระดับความสามารถในการปรับตัวอีกทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ ทำให้ช่วยลดความวิตกกังวล เกิดความอุ่นใจ ส่งผลให้ตอบสนองทางอารมณ์ออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัวอย่างเหมาะสมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ระดับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8
2. ระดับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

ของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมความพร้อมโดยการสร้างสัมพันธ์ภาพ และสอบถามถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ในระหว่างการดูแลผู้ป่วย 2) ระยะดำเนินการ โดยเป็นการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ รับฟังความคิดเห็น สนับสนุนให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก และส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย การสนับสนุนด้านข้อมูล โดยการให้ความรู้และให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง การฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ โดยการจัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนให้เข้าถึงแหล่งประโยชน์ในสังคมที่ควรได้รับ 3) ระยะติดตาม โดยการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามอย่างต่อเนื่องและให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม และ 4) ระยะประเมินผล เป็นการประเมินการปรับตัว

เมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่านเข้าสู่กระบวนการเผชิญปัญหา จะนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการตัดสินใจเพื่อเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการหยั่งรู้และคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีการวางแผนตัดสินใจแก้ไขปัญหาคือ ช่วยลดความเครียด รวมทั้งช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการปรับตัว ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัวอย่างเหมาะสม ซึ่งผลของการปรับตัวจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrew, 1999) ในด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (two group posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และมีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ ตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึงเดือนสิงหาคม 2562 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรหรือญาติของผู้ป่วย รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง และไม่รับการตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัล 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็นและการพูด สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ 4) มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและอนุญาตให้ติดตามเยี่ยมบ้าน และกลุ่มผู้ป่วย มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกครั้งแรก 2) มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) ตั้งแต่ 70 คะแนนลงมา และ 3) มีคะแนนความรุนแรงของความพร่องทางระบบประสาท (NIHSS) ตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของอิทธิพลเท่ากับ .50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 22 ราย และได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Beck, 2008) ดังนั้นจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบเฉพาะเจาะจงโดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (matched pair) ดังนี้ กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ 1) อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี 2) การวินิจฉัยโรคคล้ายคลึงกัน 3) คะแนน Barthel ADL ระดับเดียวกัน และ 4) คะแนน NIHSS ระดับเดียวกัน ส่วนกลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ 1) อายุต้องอยู่ในช่วงวัยเดียวกัน และ 2) เพศเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) แบบประเมินคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 2) แบบประเมินความรุนแรงของความพร่องทางระบบประสาทสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับภาษาไทย ส่วนที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้าน แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมความพร้อม ระยะดำเนินการ ระยะติดตามผล และระยะประเมินผล 2) คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล 3) สื่อวีดิทัศน์เรื่องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยอัมพาต และ 4) อุปกรณ์ที่ใช้ในการสอน เช่น เสื่อ กางเกง ตุ๊กตาข้างบริหารกล้ามเนื้อ เป็นต้น และส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแลสร้างขึ้นโดย Chuenkul (1999) มาตรฐานเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งออกเป็น 2 ตอน จำนวนทั้งหมด 44 ข้อ แปลผลคะแนนรวมเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ปรับตัวได้ดีมากจนถึงไม่มีการปรับตัวเลย ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม และคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ทำการปรับด้านการใช้ภาษา ข้อความ และระยะเวลาในการจัดกิจกรรมตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นจึงนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย พบว่าสามารถเข้าใจเนื้อหาและนำไปปฏิบัติได้จริง และส่วนของแบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแล ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และคำนวณค่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 2562/017 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เลขที่ 3279/2562 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัยและเข้าร่วมด้วยความสมัครพร้อมลงนามเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมเท่านั้น และจะทำลายเอกสารภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เริ่มจากสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากเวชระเบียน และทำการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด เข้าสู่กลุ่มควบคุม โดยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมในเสร็จสิ้นก่อน เพื่อป้องกันความรู้สึกไม่เท่าเทียมและป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากแล้วเสร็จจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แล้วจึงทำการจับคู่โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองให้มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ข้างต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มควบคุม ดำเนินการดังนี้

1) สัปดาห์ที่ 1 ให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล นัดหมายเพื่อประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลในสัปดาห์ที่ 4 และ 8

2) สัปดาห์ที่ 4 ประเมินการปรับตัวของผู้ดูแล ครั้งที่ 1 กับผู้วิจัย ใช้เวลา 30 นาที

3) สัปดาห์ที่ 8 ประเมินการปรับตัวของผู้ดูแล ครั้งที่ 2 กับผู้วิจัย ใช้เวลา 30 นาที

กลุ่มทดลอง ดำเนินการโดยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะเตรียมความพร้อม และระยะดำเนินการ ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล

1) 3 วันก่อนการจำหน่าย สนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สื่อสไลด์และให้คู่มือประกอบการสอน สนับสนุนให้เข้าถึงหน่วยบริการใกล้บ้านและเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน และสนับสนุนด้านอารมณ์โดยแนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียด ใช้เวลา 45 ถึง 60 นาที

2) 2 วันก่อนการจำหน่าย สนับสนุนด้านข้อมูล

และฝึกทักษะเกี่ยวกับการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยโดยใช้อุปกรณ์การสอน เช่น เสื่อ กางเกง ก้าวี่ เป็นต้น และสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของหรือบริการเกี่ยวกับอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลา 45 ถึง 60 นาที

3) 1 วันก่อนการจำหน่าย ฝึกทักษะเกี่ยวกับการจัดทำและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับข้างเตียงผู้ป่วย แนะนำสวัสดิการในสังคมที่ควรได้รับ และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกที่เกิดจากการดูแล เมื่อเสร็จสิ้นจึงนัดหมายในการเยี่ยมบ้าน ใช้เวลา 45 ถึง 60 นาที

ระยะติดตามหลังการจำหน่าย ณ บ้านของผู้ป่วย

4) สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้าน ฝึกทักษะเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวข้อและออกกำลังกล้ามเนื้อโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการสาธิต แนะนำหน่วยบริการที่ช่วยเหลือเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม และชี้แนะให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเองจากการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลา 60 ถึง 90 นาที

5) สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ โดยสอบถามถึงปัญหาและแนะนำแนวทางการแก้ไขตามแต่ละบุคคล ใช้เวลา 10 นาที

6) สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้าน ทบทวนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จากนั้นประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลครั้งที่ 1 ใช้เวลา 60 ถึง 90 นาที

7) สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ โดยสอบถามถึงปัญหาและแนะนำแนวทางการแก้ไขตามแต่ละบุคคล ใช้เวลา 10 นาที

8) สัปดาห์ที่ 8 ประเมินการปรับตัวของผู้ดูแล ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 30 นาที

ระยะประเมินผล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล เปรียบเทียบระดับการปรับตัวหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบระดับการปรับตัวหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-squares test) และสถิติ

ฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test) เนื่องจากข้อมูลที่นำมาเปรียบเทียบอยู่ในระดับนามบัญญัติ และใช้สำหรับการทดสอบเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 ราย มี 1 ราย สูญหายจากการวิจัยเนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยภาวะเลือดเป็นพิษในสัปดาห์ที่ 3 ก่อนการประเมินการปรับตัวครั้งที่ 1 (สัปดาห์ 4) จึงเหลือกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 26 ราย มี 1 ราย สูญหายจากการวิจัยเนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยภาวะเลือดเป็นพิษในสัปดาห์ที่ 6 ก่อนการประเมินการปรับตัวครั้งที่ 2 (สัปดาห์ 8) จึงไม่ได้ประเมินการปรับตัวจากผู้ดูแลจึงเหลือกลุ่มควบคุม 25 ราย

ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม และมีอายุระหว่าง 41 ถึง 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 48 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80 และ 76 ตามลำดับ และมากกว่าครึ่งมีระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 64 และ 60 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 68 และ 48 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 68 และ 44 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ในกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 66 ถึง 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 51 ถึง 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 32 สำหรับชนิดของโรคหลอดเลือดสมองเป็นชนิดตีบ/ตัน คิดเป็นร้อยละ 88 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง

คิดเป็นร้อยละ 52 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม มีระดับความรุนแรงของความพร้อมทางระบบประสาทอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ส่วนที่ 2 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวมาพิจารณาแยกเป็นรายด้าน ในสัปดาห์ที่ 4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่าการปรับตัวรายด้านอยู่ในระดับดีเท่ากัน ส่วนในสัปดาห์ที่ 8 พบว่าการปรับตัวด้านร่างกายของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับดี แต่กลุ่มทดลองอยู่ในระดับดีมาาก ส่วนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง แต่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี และสำหรับการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์และการพึ่งพาระหว่างกันของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับดีเท่ากันทั้งสองกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปรับตัวตามเกณฑ์การแปลผล

การปรับตัว	สัปดาห์ที่ 4				สัปดาห์ที่ 8			
	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)	
	\bar{X}	ระดับ	\bar{X}	ระดับ	\bar{X}	ระดับ	\bar{X}	ระดับ
1. ด้านร่างกาย	3.34 (0.21)	ดี	3.39 (0.54)	ดี	3.20 (0.51)	ดี	3.55 (0.39)	ดีมาก
2. ด้านอัตมโนทัศน์	3.04 (0.59)	ดี	2.89 (0.77)	ดี	2.59 (0.68)	ดี	3.41 (0.58)	ดี
3. ด้านบทบาทหน้าที่	2.56 (0.45)	ดี	2.52 (0.85)	ดี	2.33 (0.85)	ปานกลาง	3.14 (0.64)	ดี
4. ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน	2.86 (0.67)	ดี	2.59 (0.82)	ดี	2.51 (0.92)	ดี	3.24 (0.57)	ดี
การปรับตัวโดยรวม	2.95 (0.70)	ดี	2.84 (0.74)	ดี	2.65 (0.74)	ดี	3.33 (0.54)	ดี

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบระดับการปรับตัวหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และ 8

เมื่อเปรียบเทียบระดับการปรับตัวหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ของกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าระดับการปรับตัวของกลุ่ม

ควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบระดับการปรับตัวหลังของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าระดับการปรับตัวของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับการปรับตัวหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และ 8

ระดับการปรับตัว	กลุ่มควบคุม		X ²	p-value	กลุ่มทดลอง		X ²	p-value
	สป.ที่ 4	สป.ที่ 8			สป.ที่ 4	สป.ที่ 8		
ปานกลาง	2	3	1.200	.549 ^{ns}	0	0	10.976	.002**
ดี	22	22			16	16		
ดีมาก	1	0			9	9		

ns = non significance, ** p < .01

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบระดับการปรับตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบระดับการปรับตัวหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์

ที่ 4 โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าระดับการปรับตัวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบระดับการปรับตัวหลังในสัปดาห์ที่ 8 โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าระดับการปรับตัวของกลุ่ม

ควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับการปรับตัวหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับการปรับตัว	สัปดาห์ที่ 4		X ²	p-value	สัปดาห์ที่ 8		X ²	p-value
	ควบคุม	ทดลอง			ควบคุม	ทดลอง		
ปานกลาง	2	0	3.191	.203 ^{ns}	3	0	12.947	.002**
ดี	22	25			22	16		
ดีมาก	1	0			0	9		

ns = non significance, ** p < .01

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ส่งผลให้เกิดการปรับตัวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนความรู้และฝึกทักษะบทบาทการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง ช่วยทำให้ผู้วิจัยสามารถติดตามและส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้เรียนรู้ เพื่อช่วยให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง อีกทั้งการจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้วิจัยสามารถประเมินสภาพแวดล้อมตามสภาพความเป็นจริงของกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลับไปดำรงชีวิตต่อหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่อาจมีอิทธิพลเป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัว ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่บุคคลจะปรับตัวต่อความเครียดได้ดีต้องอาศัยข้อมูล ถ้าหากไม่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลอย่างเพียงพอ จะส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกสับสนและความไม่รู้ต่อสถานการณ์ก่อให้เกิดภาวะเครียดได้ การสนับสนุนด้านข้อมูลจะช่วยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ

มากขึ้น ช่วยให้บุคคลปรับตัวได้ดีขึ้น Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981)

การสนับสนุนด้านอารมณ์โดยรับฟังความคิดเห็น เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความอบอุ่น สบายใจ ลดความวิตกกังวล และลดความสนใจออกจากสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางลบ (Akosile, Banjo, Okoye, Ibikunle, & Odole, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง พบว่า การสนับสนุนข้อมูลและด้านอารมณ์ส่งผลให้การปรับตัวดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Thammarux, Chanruangvanich, Thosingha, & Aurboonyawat, 2017) นอกจากนั้นการติดตามเยี่ยมรายบุคคล ทำให้ผู้วิจัยได้ประเมินความก้าวหน้าในการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่าง และสามารถวางแผนการให้ความรู้เพิ่มเติมได้อย่างเหมาะสม (Gok-Ugur & Erci, 2019) และการสนับสนุนช่วยเหลือประสานงานเรื่องสวัสดิการที่ควรได้รับ การจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น รวมทั้งการช่วยเหลือในการปฏิบัติทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย คือ การจัดทำ การเคลื่อนย้าย การออกกำลังกล้ามเนื้ออย่างถูกวิธี เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น (Han et al., 2014)

เมื่อพิจารณาการปรับตัวรายด้านในสัปดาห์ที่ 4 พบว่า ระดับการปรับตัวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดีเท่ากัน (ตารางที่ 3) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการปรับตัวไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากในช่วง 1 เดือนแรกของการเป็นดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ยังต้องมีการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาอยู่ตลอดเวลา จึงอาจยังอยู่ในช่วงปรับสมดุลของการปรับตัวต่อบทบาทใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Paksee et al. (2016) ที่พบว่าคะแนนการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบระดับการปรับตัวรายด้านในสัปดาห์ที่ 8 พบว่าการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์และการพึ่งพาระหว่างกันของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับดีเท่ากันทั้งสองกลุ่ม (ตารางที่ 3) แต่พบว่าระดับการปรับตัวด้านร่างกายและด้านบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดีกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 3) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

การปรับตัวด้านร่างกายในสัปดาห์ที่ 8 พบว่าในกลุ่มทดลองมีระดับการปรับตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความเครียด สนับสนุนให้กำลังใจ รวมทั้งการระบายความรู้สึก จึงทำให้สามารถจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวลของตนเองได้ ซึ่งนำไปสู่การจัดการกับร่างกายตนเองให้ดีขึ้น เช่น จัดการเกี่ยวกับการพักผ่อนได้ดีขึ้น ไม่มีปัญหาในเรื่องการขยับย้ายสามารถหาเวลาไปออกกำลังกายได้มากขึ้น เป็นต้น เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการศึกษาในหออภิบาลที่พบว่า หลังจากได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ทำให้ความวิตกกังวลลดลง และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Yothinwattanabumrung, Ua-Kit, & Jitpanya, 2007) สามารถอธิบายตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ ความเอาใจใส่ในการดูแล โดยบุคคลจะได้รับ

ประโยชน์จากความช่วยเหลือนั้น และบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเฉพาะเจาะจงตรงกับความต้องการก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ มีกำลังใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียด หรือความไม่แน่นอนในสถานการณ์ของชีวิต

สำหรับการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร รู้สึกเต็มใจที่ได้มาดูแลผู้ป่วย เพราะเป็นการแสดงความกตัญญูต่อบุพการี สอดคล้องกับการศึกษา Khomkham, Rat-tanathanya, & Krainuwat (2015) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร จึงเกิดทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีความกระตือรือร้นในการรับฟังข้อมูลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากมีความต้องการให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติโดยเร็ว จึงเป็นผลให้การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในสัปดาห์ที่ 8 ของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง แต่กลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและกับผู้อื่น จึงทำให้รับรู้ความรู้สึกเชิงบวกในการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ร่วมกับการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น ดังนั้น จึงทำให้กลุ่มทดลองสามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Monkong, Leelacharas, & Sirapo-ngam (2016) ที่พบว่า การติดตามเยี่ยมบ้านและทางโทรศัพท์อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดการความเครียด มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทของผู้ดูแลได้

ส่วนการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน พบว่าระดับการปรับตัวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร่วมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยที่ยึดการปลูกฝังความรักความผูกพัน ทำให้ลูกหลาน

ตระหนักต่อการดูแลบิดา มารดาและบุพการีตลอดมา (Nieamsup, Padwang, & Jongudomkar, 2020) อีกทั้งส่วนใหญ่ครอบครัวมีลักษณะสัมพันธ์ภาพแบบพึ่งพาอาศัยกัน ทำให้ต่างฝ่ายต่างช่วยเหลือกัน ร่วมกับการได้รับความรู้สึกเป็นห่วงเห็นใจจากญาติพี่น้องอย่างสม่ำเสมอ โดยพบว่าสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ก่อให้เกิดความผูกพันระหว่างกัน ทำให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม (Khandan, Riaz, Akbari, & Nasiri, 2018)

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลผู้ป่วยในระดับที่เหมาะสม อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ร่วมด้วย จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลง มีทัศนคติที่ดีต่อบทบาทผู้ดูแล ส่งผลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม โดยมีผลเพิ่มระดับความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลให้กว้างขึ้น ด้วยการทำงานของกระบวนการเผชิญปัญหา 2 กลไก คือ กลไกการควบคุม ซึ่งเป็นการตอบสนองทางร่างกาย และส่งผลผ่านไปยังกลไกการคิดรู้ ที่เป็นกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งเร้าผ่านการคิดและการแสดงอารมณ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และการฝึกทักษะอย่าง

ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างจะเลือกและจำในสิ่งที่น่าสนใจนำมาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมเดิม ทำให้เกิดการหยั่งรู้เลียนแบบวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องเมื่อจำเป็นต้องตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น อีกทั้งการให้กำลังใจและการติดตามเยี่ยม ยังช่วยลดความวิตกกังวล ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัวอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยต้องมีการอบรมพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยติดตามผลการปรับตัวของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องในระยะยาวที่ 1, 3 และ 6 เดือน เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของระดับการปรับตัว
2. ควรศึกษาถึงผลลัพธ์อื่นๆ ของการสนับสนุนทางสังคมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล สุขภาวะ คุณภาพชีวิต เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Akosile, C. O., Banjo, T. O., Okoye, E. C., Ibikunle, P. O., & Odole, A. C. (2018). Informal caregiving burden and perceived social support in an acute stroke care facility. *Health and quality of life outcomes, 16*(1), 1-7.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ: A social support measure. *Nursing Research, 30*(5), 277-280.
- Chuenkul, O. (1999). *Adaptation and Dependent Care Agency for Stroke Patients in Nakornping Hospital*. (Master's thesis). Chiang Mai University, Faculty of Nursing. (In Thai)
- Ckumdee, S., Arpanantikul, M., & Sirapongam, Y. (2014). Family Caregivers' Adjustment Problems in Caring for Stroke Patients. *Thai Journal of Nursing Council, 29*(4), 45-63. (In Thai)

- Gok Ugur, H., & Erci, B. (2019). The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on the caregiver burden and quality of life. *Acta Clinica Croatica*, 58(2), 321-332.
- Han, J., Jeong, H., Park, J., Kim, T., Lee, D., Lee, D., . . . Kim, K. (2014). Effects of social supports on burden in caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 26(10), 1639-1648.
- Keelapang, K. (2016). *Effects of information and emotional supports for caregivers on activities of daily living and well-being among the elderly with stroke during rehabilitation phase*. (Master's thesis). Chiang Mai University, Faculty of Nursing. (In Thai)
- Khandan, S., Riazi, H., Akbari, S. A. A., & Nasiri, M. (2018). The correlation between adaptation to the maternal role and social support in a sample of Iranian primiparous women. *Advances in Nursing & Midwifery*, 27(3), 37-42.
- Khomkham, K., Rattanathanya, D., & Krainuwat, K. (2015). Predictive Factors for Adaptation Among Caregivers of Stroke Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 16(2), 114-122. (In Thai)
- Kunyodying, T., Pothiban, L., & Khampolsiri, T. (2015). Dependency of the Elderly with Stroke, Caregiver Burden, Social Support, and Quality of Life among Older Caregivers. *Nursing Journal*, 42, 107-117. (In Thai)
- Ministry of Public Health. (2020). *Public Health Statistics A.D. 2019*. Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf (In Thai)
- Monkong, S., Leelacharas, S., & Sirapo-ngam, Y. (2016). Effectiveness of Transitional Care Program for Stroke Patients and Family Caregivers from hospital to home. *Journal of Public Health Nursing*, 30(3), 84-100. (In Thai)
- Morrakot, P., Nilmanat, K., & Matchim, Y. (2015). Impacts of an Adaptation-Promoting Programme on the Caregiving Relatives of Terminal Chronic Disease Patients. *Thai Journal of Nursing Council*, 30(2), 33-45. (In Thai)
- Nieamsup, T., Padwang, B., & Jongudomkar, D. (2020). The Suffering-Happiness of the Elderly who depend on Families: A Qualitative Study in Northern Socio-Cultural Context of Thailand. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journ*, 12(1), 151-164.
- Ogunlana, M. O., Dada, O. O., Oyewo, O. S., Odole, A. C., & Ogunsan, M. O. (2014). Quality of life and burden of informal caregivers of stroke survivors. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 32(1), 6-12.
- Paksee, N., Sirapongam, Y., Monkong, S., & Leelacharas, S. (2016). Effects of a Transitional Care Program for Stroke Patients and Family Caregivers on Caregiver's Preparedness, Stress, Adaptation, and Satisfaction. *Ramathibodi Nursing Journal*, 22(1), 65-80. (In Thai)
- Petchroung, N., Priyatruk, P., & Thongkeang, V. (2013). The Study of Continuing Care for Patients with Cerebrovascular Disease in Primary Care Unit. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 14(1), 25-34. (In Thai)

- Polit, D., & Beck, C. (2008). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice*, (8th edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Roy, S. C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model*, (2nd edition). London: Appleton & Lange.
- Saban, K. L., & Hogan, N. S. (2012). Female caregivers of stroke survivors: coping and adapting to a life that once was. *Journal of Neuroscience Nursing*, 44(1), 2-14.
- Saengmanee, S., Arpanantiku, M., & Sirapongam, Y. (2012). A Case Study: Adaptation of a Working Caregiver to a Stroke Patient. *Ramathibodi Nursing Journal*, 18(1), 119-133. (In Thai)
- Satink, T., Cup, E. H., Illott, I., Prins, J., de Swart, B. J., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. (2013). Patients' views on the impact of stroke on their roles and self: a thematic synthesis of qualitative studies. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(6), 1171-1183.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The Health-Related Functions of Social Support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Schulz, R., & Eden, J. (Eds.). (2016). *Families caring for an aging America*. Washington, DC: National Academies Press.
- Seesawang, J., & Thongtang, P. (2016). Post-Stroke Depression among Older Adult Stroke Survivors. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 8(2), 73-8. (In Thai)
- Singmanee, C., Vannarit T., & Tachaudomdach, C. (2017). Effect of Family Support on Health Behaviors among Persons with End Stage Renal Disease Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Nursing Journal*, 44(2), 78-88. (In Thai)
- Thammarux, T., Chanruangvanich, W., Thosingha, O., & Aurboonyawat, T. (2017). Impact of a Family-Empowering Programme on the Coping Ability of the Family Caregivers of Postoperative Neurosurgical Patients in a Neurosurgical ICU. *Thai Journal of Nursing Council*, 32(2). 49-64. (In Thai)
- Yothinwattanabumrung, A., Ua-Kit, N., & Jitpanya, C. (2007). The Effect of Family Crisis Intervention Program on Adaptation of Family Members of Patients Admitted in an Intensive Care Unit. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 19(2), 98-111. (In Thai)
- World Stroke Organization. (2019). *World stroke campaign*. Retrieved from <http://www.worldstrokecampaign.org>.