

บทความวิจัย (Research Article)

ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดมหาวิทยาลัยพายัพ¹ และ อีสรีย์ ปัญญาวรรณ¹

Needs and need fulfillment of caregivers of stroke patients in the stroke intensive care unit, Tertiary hospital

Sangwarn Hanfangam^{1*} and Issaree Panyawan¹

¹ Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai 50200, Thailand

* Corresponding author, E-mail: sangwarn.s@cmu.ac.th

Health Science, Science and Technology Reviews. 2026;19(2):3-16.

Received: 31 October 2025; Revised: 16 April 2026; Accepted: 10 July 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการและการตอบสนอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักจำนวน 77 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป อ่านออกเขียนได้ สื่อสารภาษาไทยได้ และดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 3 วัน เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม 2 ตอน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นโดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.99 และ 0.97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบวิลคอกซัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.83 ค่ามัธยฐานอายุ 49 ปี สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 58.44 ผู้ดูแลมีความต้องการในระดับค่อนข้างสูงถึงสูงทุกด้าน โดยด้านที่มีความต้องการสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านข้อมูล ด้านการดูแลสุขภาพ และด้านประคับประคอง การได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ยกเว้นด้านการเงินที่อยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบพบว่า ผู้ดูแลได้รับการตอบสนองสูงกว่าความต้องการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านประคับประคอง ($Z = 2.73, p = .006$) ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ($Z = 3.89, p < .001$) ด้านการเงิน ($Z = 2.99, p = .004$) และด้านการพักผ่อน ($Z = 3.02, p = .003$) สรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการในหลายด้าน โดยเฉพาะด้านข้อมูล ด้านการดูแลสุขภาพ และด้านการประคับประคอง ขณะที่การได้รับการตอบสนองความต้องการอยู่ในระดับสูงและสูงกว่าความต้องการในหลายด้าน สะท้อนถึงคุณภาพการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องคงไว้ซึ่งมาตรฐานการดูแล และปรับรูปแบบการให้บริการให้สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะด้านของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเด็นที่มีระดับความต้องการสูง เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลในระยะยาว

คำสำคัญ : ความต้องการ, การได้รับการตอบสนองความต้องการ, ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, โรคหลอดเลือดสมอง

¹ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200 ประเทศไทย

Abstract

This study aimed to examine the needs and need fulfillment of caregivers of stroke patients in the stroke intensive care unit of a tertiary hospital, and to compare the differences between their needs and need fulfillment. The sample consisted of 77 primary caregivers of stroke patients aged 20 years or older who were literate, able to communicate in Thai, and had been providing care for at least three days. The research instruments were two-part questionnaires that demonstrated good content validity and reliability, with consistency indices of 0.99 and 0.97, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test, with the level of statistical significance set at .05. The results showed that most participants were female (68.83%), with a median age of 49 years, and the majority were married or cohabiting (58.44%). Caregivers reported moderately high to high needs across all domains. The three domains with the highest needs were information, health care, and emotional support. Need fulfillment was high in all domains except for financial needs, which were moderately high. The comparison revealed that caregivers received significantly higher need fulfillment than their perceived needs in four domains: emotional support ($Z = 2.73$, $p = .006$), spiritual enhancement ($Z = 3.89$, $p < .001$), financial ($Z = 2.99$, $p = .004$), and rest ($Z = 3.02$, $p = .003$). In conclusion, caregivers of stroke patients have needs in multiple domains, particularly information, health care, and emotional support, while the level of need fulfillment was generally high and higher than the perceived needs in several domains. This reflects the effective quality of care provided. Therefore, it is necessary to maintain care standards and continuously adjust service models to align with the specific needs of caregivers, especially in high-need areas, to promote long-term health outcomes and quality of life for both patients and caregivers.

Keywords : Needs, Needs fulfillment, Stroke patient caregivers, Stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) คือโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมอง ทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทขึ้นอย่างเฉียบพลัน โดยแบ่งเป็นสองกลุ่มหลัก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือขาดเลือด (Ischemic stroke) ซึ่งพบประมาณร้อยละ 85 และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ซึ่งพบประมาณร้อยละ 15 [1] แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลันที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ การดูแลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Intravenous rt-PA) ภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ การให้ยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามข้อบ่งชี้ การผ่าตัดลดความดันในกะโหลกศีรษะ และการรักษาด้วยสายสวนหลอดเลือดสมอง (Mechanical thrombectomy) ส่วนการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก เน้นการควบคุมความดันโลหิตแบบเข้มงวด (SBP 130–150 mmHg) การหยุดเลือดออกด้วยยาแก้ฤทธิ์ต้านการแข็งตัวของเลือด การป้องกันสมองบวม และการผ่าตัดแบบบาดเจ็บน้อย (Minimally invasive surgery) เช่น Endoscopic evacuation รวมถึงการเริ่มฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะเฉียบพลันเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวและลดภาวะแทรกซ้อน [2, 3] ซึ่งทางหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาท โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งเป็นหอผู้ป่วยเฉพาะทางที่ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองชนิดในระยะวิกฤตเฉียบพลัน รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA), หัตถการ Mechanical thrombectomy (MT) และการผ่าตัดสมองจากโรคหลอดเลือดสมองแตก

จากการสำรวจขององค์การอัมพาตโลก World Stroke Organization ในปี 2022 ทั่วโลกพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก และพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน เกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 70.0 อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 44.0 และอัตราของภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 89.0 คาดการณ์ว่าภายในปี 2593 การเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอาจสูงถึง 9.7 ล้านรายต่อปี [4] สถิติการศึกษาในประเทศจีนในปี ค.ศ. 1990 ถึง 2019 พบความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 106.0 และอัตราตายเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 32.3 [5] ในปี 2021 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 5 และเป็นสาเหตุความพิการระยะยาวในสหรัฐอเมริกา ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 795,000 คนต่อปี และผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 140,000 คนต่อปี อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 37.9 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2020 เป็น 41.1 ต่อประชากรแสนคนในปี 2564 [6]

ข้อมูลจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของคนไทย โดยอัตราตายเพิ่มขึ้นจาก 47.1 เป็น 55.5 ต่อประชากรแสนคน ในช่วงปี พ.ศ. 2561–2565 [7] สถิติของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ปี พ.ศ. 2564–2566 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาจำนวน 894, 894 และ 907 รายต่อปีตามลำดับ และในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองมีผู้ป่วย 317, 288 และ 292 รายต่อปี มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10.65, 9.7 และร้อยละ 7.3 ตามลำดับ [8]

จากสถิติดังกล่าวแสดงถึงความรุนแรงของโรคผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความบกพร่องทางร่างกายและสติปัญญาในระดับสูง โดยผู้รอดชีวิตประมาณร้อยละ 70-80 มีความพิการหรือมีความบกพร่องทางสติปัญญา (cognitive impairment) ซึ่งอาจนำไปสู่ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า [9] ทำให้จำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากคนในครอบครัวอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเหนื่อยล้าทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเองจากความต้องการในการดูแลผู้ป่วย [10] การดูแลระยะยาวนี้ส่งผลให้ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญ สร้างภาระทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมแก่ผู้ดูแลในระดับสูง [11]

ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีประเด็นสำคัญดังนี้คือ ผู้ดูแลต้องเผชิญความต้องการที่ซับซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และข้อมูลทางสุขภาพ โดยการศึกษาเชิงคุณภาพของ Elton และ Lobo [12] ซึ่งใช้วิธี grounded theory ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการหลัก ได้แก่ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรค การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางการรักษา การเรียนรู้ทักษะการดูแล และการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณของวีรยุทธ ศรีทุมสุข และคณะ [13] ที่รายงานว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันมีความต้องการข้อมูลเฉพาะราย การสาธิตทักษะการดูแล การฝึกปฏิบัติจริง และการสนับสนุนด้านการเงินและการพักผ่อน โดยปัจจัยด้านระดับการศึกษา รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสามารถทำนายระดับความต้องการของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ หลักฐานจากการศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะยาวพบว่า ผู้ดูแลมักประสบความเครียด ความเหนื่อยล้า และผลกระทบต่อสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย และภาระดังกล่าวอาจคงอยู่นานหลายปีหลังเกิดโรค [9, 11] ขณะที่การทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังชี้ให้เห็นว่าความต้องการด้านข้อมูลและการสนับสนุนทางจิตใจเกิดขึ้นสูงที่สุดในช่วงระยะเฉียบพลันของโรค ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ดูแลต้องปรับบทบาทอย่างกะทันหันและยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย [10] ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบแนวคิดความต้องการของผู้ดูแลของ Wingate และ Lackey [14] ที่ได้จำแนกความต้องการของผู้ดูแลออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล การประคับประคองจิตใจ การดูแลสุขภาพ การเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ การจัดการภายในบ้าน การเงิน และการพักผ่อน ซึ่งกรอบแนวคิดนี้ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นกรอบในการศึกษา เพราะสามารถครอบคลุมมิติทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤตได้อย่างครอบคลุม

แม้ว่าจะมีการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหลายบริบท แต่ส่วนใหญ่ดำเนินการในระยะฟื้นฟูหรือหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ขณะที่การศึกษาในบริบทของผู้ป่วยวิกฤตยังมีจำกัด ทั้งที่ระยะวิกฤตเฉียบพลันเป็นช่วงเวลาสำคัญที่ผู้ดูแลเริ่มรับบทบาทการดูแลอย่างจริงจัง ผู้ดูแลต้องเผชิญความไม่แน่นอนของอาการผู้ป่วย การตัดสินใจทางการรักษาที่ซับซ้อน และความกังวลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของโรค การให้การสนับสนุนหรือ intervention ต่อผู้ดูแลในช่วงที่ผู้ป่วยยังรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตจึงมีความสำคัญ เนื่องจากเป็นช่วงที่บุคลากรสหสาขาวิชาชีพสามารถให้ข้อมูล สนับสนุนด้านจิตใจ และเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีหลักฐานว่าการสนับสนุนครอบครัวตั้งแต่ระยะต้นสามารถช่วยลดความเครียด เพิ่มความสามารถในการดูแล และส่งเสริมผลลัพธ์ของผู้ป่วยในระยะยาว [15]

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 3 วัน เนื่องจากในช่วง 24–48 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษา ผู้ดูแลมักอยู่ในภาวะช็อก วิตกกังวลสูง และยังไม่สามารถรับรู้หรือประเมินความต้องการของตนเองได้อย่างชัดเจน การศึกษาครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตพบว่า หลังผ่านระยะวิกฤตเริ่มต้นประมาณ 72 ชั่วโมง ผู้ดูแลจะเริ่มเข้าใจสถานการณ์โรค รับรู้บทบาทการดูแล และสามารถสะท้อนความต้องการที่แท้จริงได้มากขึ้น [15] โดยทั่วไป ระยะเวลาเฉลี่ยในการพักรักษาตัวในหน่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ 3.2 ± 3 วัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อน และตำแหน่งที่เกิดโรค โดยระยะเวลาการนอนรักษาตัวจะสั้นกว่าในหน่วยดูแลผู้ป่วยเฉียบพลัน [16] ทำให้ช่วงวันที่ 3 ของการดูแลเป็นส่วนใหญ่ของการรักษา ซึ่งเหมาะสมต่อการประเมินความต้องการของผู้ดูแลและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา intervention ก่อนการเตรียมจำหน่าย

ดังนั้น การศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งจึงมีความสำคัญในการสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ดูแลในระยะเฉียบพลัน ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการจริงของผู้ดูแล ส่งเสริมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง
3. เพื่อเปรียบเทียบระหว่างความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

วัสดุและวิธีการ (Material and Method)

การออกแบบการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง ให้ครอบคลุมทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ด้านการประคับประคองจิตใจ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการภายในบ้าน ด้านการเงิน ด้านการพักผ่อน รวมถึงเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 4 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 4 มิถุนายน 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความต้องการของผู้ดูแลของ Wingate และ Lackey [14] ซึ่งอธิบายว่า “ความต้องการ” เป็นแรงขับเคลื่อนที่เกิดจากช่องว่างระหว่างสถานการณ์ที่บุคคลเผชิญกับความสามารถในการปรับตัวของตนเอง โดยความต้องการของผู้ดูแลเกิดจากกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล ผู้ป่วย และบริบทของการเจ็บป่วย ซึ่งมีความซับซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้วิจัยในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมักเผชิญสถานการณ์เปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน ตั้งแต่ช่วงรับผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ดูแลจำนวนมากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการพยาบาลโรค มีความวิตกกังวลสูง ต้องตัดสินใจด้านการรักษาในระยะเวลาจำกัด รวมถึงต้องเตรียมรับบทบาทการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยผู้ดูแลมักแสดงความต้องการที่หลากหลาย เช่น ความต้องการข้อมูลที่ชัดเจน การสนับสนุนด้านจิตใจ การดูแลสุขภาพของตนเอง การจัดการภาระครอบครัว และความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย ลักษณะความต้องการดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Wingate และ Lackey [14] ซึ่งจำแนกความต้องการของผู้ดูแลออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล การปรับประคองจิตใจ การดูแลสุขภาพ การเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ การจัดการภายในบ้าน การเงิน และการพักผ่อน กรอบแนวคิดนี้จึงมีความเหมาะสมอย่างยิ่ง เพราะไม่เพียงครอบคลุมความต้องการที่ผู้วิจัยสังเกตพบจากการปฏิบัติงานจริงในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองเท่านั้น แต่ยังช่วยให้สามารถวิเคราะห์ “ช่องว่างระหว่างความต้องการและการได้รับการตอบสนอง” ได้ชัดเจน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการวิจัยครั้งนี้

ผู้เข้าร่วมการศึกษา

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน สะใภ้ ฯลฯ โดยมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

เกณฑ์การคัดเลือกบุคคลเข้าร่วมการวิจัย

1. เกณฑ์คัดเข้า

- (1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง
- (2) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
- (3) สามารถอ่านออกเขียนได้และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- (4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยวาจา
- (5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถตอบแบบสอบถามได้
- (6) ดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 3 วัน

2. เกณฑ์คัดออก

- (1) ผู้ดูแลที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือมีภาวะทางร่างกาย/จิตใจในช่วงเก็บข้อมูล ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการตอบแบบสอบถามได้อย่างครบถ้วน
- (2) ผู้ดูแลที่มีเหตุจำเป็นต้องยุติการเข้าร่วมการวิจัยระหว่างการเก็บข้อมูล เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือถูกย้ายออกจากหอผู้ป่วยก่อนเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น
- (3) ผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน หรือให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์จนไม่สามารถนำไปวิเคราะห์ได้
- (4) ผู้ดูแลที่ถอนความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในระหว่างดำเนินการศึกษา

จำนวนกลุ่มตัวอย่างและวิธีการคำนวณทางสถิติ คำนวณกลุ่มตัวอย่างอ้างอิง จากงานวิจัยของ ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร กานดา อิ่มสงวน และกนกพร สุคำวัง ที่ศึกษาเรื่อง “ความต้องการและการได้รับการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง [17] โดยนำ คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของ

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสูงอายุ (mean = 64.88, S.D.= 3.26) (mean = 63.77, S.D.=2.51) มาคำนวณ effect size ในโปรแกรม G*Power ได้ .375 กำหนดค่าความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบ เท่ากับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .90 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 77 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 382/2567 ลงวันที่ 3 ตุลาคม 2567 โดยผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ประการ ได้แก่ หลักความเป็นเอกสิทธิ์ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษา และเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับด้วยการใช้รหัสแทนชื่อ หลักการก่อประโยชน์ และไม่ก่ออันตราย โดยมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุด ลดความเสี่ยงให้ต่ำที่สุด คำนึงถึงสภาพจิตใจของผู้ดูแล และไม่ก่อให้เกิดอันตรายทางร่างกาย และหลักความยุติธรรมโดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างเท่าเทียม โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลและการปฏิบัติอย่างเสมอภาคกันตลอดกระบวนการวิจัย และไม่ส่งผลต่อสิทธิในการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะอยู่โรงพยาบาล การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือบุคคลอื่น และระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแล (ประเมินด้วยเกณฑ์ 5 ระดับ จากระดับ 1 = ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย จนถึงระดับ 5 = สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการและการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดัดแปลงจากเครื่องมือของรศ.ศุภนธ์ เจืออุปถัมภ์ [18] และวรรณภา ศรีหาบรรดิษฐ์ [19] ภายใต้กรอบแนวคิดของ Wingate และ Lackey [14] แบบสอบถามประกอบด้วย 30 ข้อ ครอบคลุม 7 ด้าน ได้แก่ ดังนี้ ด้านข้อมูล (6 ข้อ) ด้านการประคับประคองจิตใจ (4 ข้อ) ด้านการดูแลสุขภาพ (6 ข้อ) ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ (4 ข้อ) ด้านการจัดการภายในบ้าน (3 ข้อ) ด้านการเงิน (3 ข้อ) และด้านการพักผ่อน (4 ข้อ) โดยข้อคำถามแต่ละข้อประเมิน 2 มิติ ได้แก่ ระดับความต้องการและระดับการตอบสนองต่อความต้องการในรายการเดียวกัน ทำให้ข้อมูลมีลักษณะเป็นข้อมูลจับคู่ การให้คะแนนใช้มาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ (1–4) คะแนนในแต่ละด้านคำนวณจากผลรวมคะแนนของข้อคำถามในด้านนั้น และนำมาวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและช่วงพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) การแปลผลคะแนนอ้างอิงเกณฑ์ของ Best [20] แบ่งเป็นระดับต่ำ ก่อนข้างต่ำ ก่อนข้างสูง และสูง วิธีคำนวณอันตรายภาคชั้นสำหรับการแบ่งระดับคะแนนแต่ละด้าน ใช้สูตร: $\text{อันตรายภาคชั้น} = (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{จำนวนระดับ}$ (4 ระดับ) จากนั้นกำหนดช่วงคะแนนแต่ละระดับให้เหมาะสมกับคะแนนเต็มของด้านนั้นๆ ตัวอย่างคำถามด้านการเงิน: ท่านต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ท่านต้องการทราบแหล่งสนับสนุนในการช่วยเหลือด้านการเงินตามสิทธิบัตรและสวัสดิการอื่นๆ ที่ท่านมีสิทธิได้รับ เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ข้อ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยระบบประสาท 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบเพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและความชัดเจนของเนื้อหา นำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index- CVI) ปรับแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.99

ความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมอง หรือผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งจำนวน 20 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient) ได้ค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองและชี้แจงในที่ประชุมหอผู้ป่วยเพื่อสร้างความเข้าใจกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย หลังจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด เข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล รวมทั้งการคุ้มครองสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยอย่างสมัครใจ

เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างชัดเจน โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบด้วยตนเอง ทั้งนี้ได้กำหนดระยะเวลาในการส่งคืนแบบสอบถามภายใน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้จัดเตรียมตะกร้ารับเอกสารไว้ในบริเวณที่สะดวกต่อการส่งคืนแบบสอบถาม และดำเนินการติดตามและรวบรวมแบบสอบถามภายในระยะเวลาที่กำหนดจากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามทุกฉบับก่อนนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ไดจากการเก็บรวบรวมมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics เวอร์ชัน 26 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว ประสบการณ์การดูแล ระยะเวลาในการดูแล การได้รับการสนับสนุน และระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และช่วง Min-Max (เนื่องจากข้อมูลคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามเป็นข้อมูลระดับอันดับ (ordinal scale) และมีการกระจายตัวไม่เป็นปกติ จึงใช้ค่ามัธยฐานในการอธิบายแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางเหมาะสมกว่าค่าเฉลี่ย)

2. คะแนนความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลในแต่ละด้าน (ทั้ง 7 ด้าน) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่ามัธยฐาน (Median), อินเตอร์ควอไทล์เรนจ์ (IQR) และระดับความต้องการ

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนความต้องการและคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล (ข้อมูลจับคู่) วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed-Rank Test) เนื่องจากข้อมูลเป็นระดับอันดับและมีการกระจายตัวไม่เป็นปกติส่วนการวิเคราะห์ย่อยตามระยะเวลาในการดูแลและระดับ ADL (ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย) ใช้ Kruskal-Wallis test

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.83) อยู่ในช่วงวัยทำงานอายุ 45–64 ปี (ร้อยละ 53.25 มีฐานอายุ 49 ปี) โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 45.45) และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 58.44) กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 42.86) และมีรายได้ครอบครัวมากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 51.95) นอกจากนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย (ร้อยละ 89.61) ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 76.62 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล 3–5 วัน ร้อยละ 58.44 มีการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือบุคคลอื่น ร้อยละ 70.13 การรับรู้ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ADL) อยู่ในระดับ 3 (สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง) ร้อยละ 27.27 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 77 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
ชาย	24	31.17	บิดา/มารดา	8	10.39
หญิง	53	68.83	บุตร	35	45.45
อายุ (ปี) Median = 49.00, Min = 18, MAX = 75			สามี/ภรรยา	17	22.08
น้อยกว่า 25	6	7.79	พี่/น้อง	8	10.39
25 – 44	23	29.87	อื่น ๆ	9	11.69
45 – 64	41	53.25			
มากกว่า 64	7	9.09	โรคประจำตัว		
สถานภาพ			มี	69	89.61
โสด	24	31.17	ไม่มี	8	10.39
อยู่ด้วยกัน/คู่	45	58.44			
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	8	10.39	ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย		
ศาสนา			มี	18	23.38
พุทธ	77	100.00	ไม่มี	59	76.62
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	1.29	ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
ประถมศึกษา	14	18.18	3-5 วัน	45	58.44
มัธยมศึกษา	21	27.28	5-10 วัน	11	14.29
ปริญญาตรี	33	42.86	มากกว่า 10 วัน	21	27.27
สูงกว่าปริญญาตรี	8	10.39			
อาชีพ			การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือบุคคลอื่นในการดูแลผู้ป่วย		
รับราชการ	7	9.09	มี	54	70.13
เกษตรกร	4	5.20	ไม่มี	23	29.87
รับจ้างทั่วไป	19	24.67			
ค้าขาย	16	20.79			
อื่นๆ	31	40.25	ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ครอบครัว (บาท)			ระดับที่ 1	16	20.79
ต่ำกว่า 5,000	7	9.09	ระดับที่ 2	20	25.97
5,000-10,000	16	20.78	ระดับที่ 3	21	27.27
10,001 - 15,000	14	18.18	ระดับที่ 4	12	15.58
มากกว่า 15,000	40	51.95	ระดับที่ 5	8	10.39

คะแนนรวมความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลทั้งด้านข้อมูลและด้านการดูแลสุขภาพ เมื่อจำแนกตามระยะเวลาในการดูแลและระดับ ADL พบว่าทุกกลุ่มมีค่ามัธยฐานอยู่ในระดับสูง (Median = 21.00–24.00) และไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน แสดงว่าผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการในระดับสูงสม่ำเสมอ โดยไม่ขึ้นกับระยะเวลาในการดูแลหรือระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนรวมความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลจำแนกตามระยะเวลาในการดูแลและระดับ ADL (n = 77)

ด้าน / ปัจจัย	กลุ่มย่อย	ความต้องการ Median (IQR)	การตอบสนอง Median (IQR)	p-value
ด้านข้อมูล				
ระยะเวลาในการดูแล	3–5 วัน (n=45)	24.00 (23.00-24.00)	24.00 (22.00-24.00)	.35
	5–10 วัน (n=11)	23.00 (21.00-24.00)	24.00 (20.50-24.00)	
	>10 วัน (n=21)	24.00 (23.00-24.00)	24.00 (23.00-24.00)	
ระดับ ADL	ต่ำ (1–2) (n=36)	24.00 (21.75-24.00)	24.00 (21.00-24.00)	.12
	ปานกลาง (3) (n=21)	23.00 (23.00-24.00)	24.00 (23.00-24.00)	
	สูง (4–5) (n=20)	24.00 (23.00-24.00)	23.50 (22.00-24.00)	
ด้านการดูแลสุขภาพ				
ระยะเวลาในการดูแล	3–5 วัน (n=45)	23.00 (20.00-24.00)	23.00 (20.00-24.00)	.61
	5–10 วัน (n=11)	22.00 (18.00-22.00)	23.00 (18.00-24.00)	
	>10 วัน (n=21)	21.00 (19.00-24.00)	22.00 (20.00-24.00)	
ระดับ ADL	ต่ำ (1–2) (n=36)	21.00 (18.75-24.00)	23.00 (19.00-24.00)	.09
	ปานกลาง (3) (n=21)	23.00 (21.00-24.00)	23.00 (21.00-24.00)	
	สูง (4–5) (n=20)	22.50 (19.00-24.00)	23.00 (21.00-24.00)	

*p < .05, ADL (ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย)

ผู้ดูแลมีความต้องการและได้รับการตอบสนองในระดับสูงแทบทุกด้าน โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความต้องการและการตอบสนองใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านระดับประคอง (Z = 2.73, p = .006) ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ (Z = 3.89, p < .001) ด้านการเงิน (Z = 2.99, p = .004) และด้านการพักผ่อน (Z = 3.02, p = .003) ซึ่งทุกด้านที่มีนัยสำคัญพบว่าการตอบสนองสูงกว่าความต้องการ ส่วนด้านข้อมูล ด้านการดูแล

สุขภาพ และด้านการจัดการภายในบ้าน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .58$.09 และ .09 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และการเปรียบเทียบระหว่างทั้งสองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ($n = 77$)

ด้าน (คะแนนเต็ม)	ความต้องการ Median (IQR)	ระดับ	การได้รับการตอบสนอง Median (IQR)	ระดับ	Z	p-value
ด้านข้อมูล (24)	24.00 (23.00–24.00)	สูง	23.00 (22.00–24.00)	สูง	-0.55	.58
ด้านประคับประคอง (16)	14.00 (12.00–16.00)	สูง	15.00 (13.00–16.00)	สูง	2.73	.006*
ด้านการดูแลสุขภาพ (24)	22.00 (19.00–24.00)	สูง	23.00 (20.00–24.00)	สูง	1.69	.09
ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ (16)	13.00 (11.00–15.00)	ค่อนข้างสูง	14.00 (12.00–16.00)	สูง	3.89	<.001**
ด้านการจัดการภายในบ้าน (12)	10.00 (9.00–12.00)	สูง	11.00 (9.00–12.00)	สูง	1.69	.09
ด้านการเงิน (12)	9.00 (8.00–10.00)	ค่อนข้างสูง	10.00 (9.00–12.00)	สูง	2.99	.004*
ด้านการพักผ่อน (16)	12.00 (11.00–16.00)	ค่อนข้างสูง	14.00 (12.00–16.00)	สูง	3.02	.003*

* $p < .05$, ** $p < .001$ (Wilcoxon Signed-Rank Test), Median (ค่ามัธยฐาน), IQR (อินเตอร์ควอไทล์เรนจ์)

วิจารณ์ (Discussion)

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตมีระดับความต้องการอยู่ในระดับค่อนข้างสูงถึงสูงในทั้ง 7 ด้านตามกรอบแนวคิดของ Wingate และ Lackey [14] โดยความต้องการด้านข้อมูล ด้านการดูแลสุขภาพ และด้านการประคับประคองจิตใจเป็นความต้องการลำดับสูงสุด ขณะที่การได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับสูง และสูงกว่าระดับความต้องการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านประคับประคอง ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการเงิน และด้านการพักผ่อนโดยไม่ขึ้นกับระยะเวลาในการดูแลหรือระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่รายงานว่าผู้ดูแลในระยะเฉียบพลันมีความต้องการข้อมูล การดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางอารมณ์สูง [21] แม้จะแตกต่างจากงานวิจัยบางชิ้นที่พบว่าความต้องการมักไม่ได้รับการตอบสนองในระยะวิกฤต [22] ทั้งนี้อาจสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการดูแลแบบสหวิชาชีพที่สามารถตอบสนองความต้องการผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุมในบริบทหอผู้ป่วยวิกฤต นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) อยู่ในระดับพึ่งพา (ระดับ 1–3 รวมร้อยละ 74.03) ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะผู้ดูแลที่เพิ่มสูงขึ้นตามระดับความบกพร่องของผู้ป่วย [23, 24] ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความต้องการด้านข้อมูลและการดูแลสุขภาพสูงเพื่อเตรียมรับมือกับภาวะทุพพลภาพในระยะต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน (อายุมัธยฐาน 49 ปี) ซึ่งกำลังมีบทบาทด้านอาชีพและเป็นเสาหลักของครอบครัว การต้องรับมือกับบทบาทผู้ดูแลอย่างกะทันหันในระยะวิกฤตจึงก่อให้เกิดภาระทางร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ รวมถึงความขัดแย้งระหว่างบทบาทการทำงานและการดูแล ส่งผลต่อความเครียดสะสม ความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ คุณภาพชีวิตลดลง และปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาวได้ [25] โดยเฉพาะเมื่อผู้ดูแลส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและขาดประสบการณ์การดูแลมาก่อน การได้รับการสนับสนุนที่ครอบคลุมทั้งด้านข้อมูล ทักษะ และจิตสังคมในระยะวิกฤตจึงเป็นกลไกสำคัญในการลดความวิตกกังวลและเตรียมความพร้อมสู่การดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านข้อมูล เป็นด้านที่มีความต้องการสูงที่สุด (Median = 24/24) แต่การได้รับการตอบสนองต่ำกว่าความต้องการเล็กน้อย (23/24) แม้ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาในสหรัฐและญี่ปุ่น ที่พบว่าครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตยังต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์ และการดูแลต่อเนื่อง [15, 23] เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.62) ไม่มีประสบการณ์ดูแลโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนและเผชิญกับอาการที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว หอผู้ป่วยมีพยาบาลเจ้าของไข้หรือพยาบาลสุศึกษาที่ให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัวโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีการให้ความรู้และให้คำปรึกษาทาง Line OA และทาง Tele-nursing Agility นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการอธิบายอาการ แผนการรักษา และการคาดการณ์ดูแล เช่น การจัดทำผู้ป่วยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างระหว่างความต้องการและการได้รับการตอบสนองอาจสะท้อนถึงการให้ข้อมูลอาจยังไม่ครอบคลุมความต้องการเฉพาะบุคคลทั้งหมดเนื่องจากการพยากรณ์โรคและความไม่แน่นอนของการรักษาหรือผู้ดูแลบางครั้งยังไม่พร้อมในการรับข้อมูล เป็นต้น

ด้านการดูแลสุขภาพ มีความต้องการสูงเป็นอันดับสอง (Median = 22/24) และการได้รับการตอบสนองสูงกว่าเล็กน้อย (Median = 23/24) สอดคล้องกับการศึกษาที่รายงานว่าผู้ดูแลต้องการทักษะการดูแลจริงในระยะแรก [21] หอผู้ป่วยเน้นการสาธิตและฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ดูแล เช่น พยาบาลและทีมกายภาพบำบัดสาธิตการพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง การป้องกันแผลกดทับ การช่วยเหลือการกลืนอาหารอ่อน และการฝึกเคลื่อนไหวแขนขา โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมและลงมือทำภายใต้การดูแล เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

ด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติ มีความต้องการสูงและได้รับการตอบสนองสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($Z = 2.73$, $p = .006$) อาจเป็นผลจากบทบาทของพยาบาลในการรับฟัง ให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสื่อสารข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาเพื่อลดความวิตกกังวล ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Jaracz และคณะ [11] ที่พบว่าการสนับสนุนทางอารมณ์จากบุคลากรทางสุขภาพช่วยลดความเครียดและภาระของผู้ดูแลได้

ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ได้รับการตอบสนองสูงกว่าความต้องการอย่างมีนัยสำคัญ ($Z = 3.89$, $p < .001$) อาจเป็นไปได้ว่าทางหอผู้ป่วยได้เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลปฏิบัติตามความเชื่อ เช่น การสวดมนต์หรือการปฏิบัติศาสนกิจ รวมถึงการดูแลด้วยความเข้าใจในบริบททางวัฒนธรรม สอดคล้องกับงานวิจัยผลกระทบของจิตวิญญาณต่อการทำงานของกายภาพของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ของผู้ดูแลพบว่า การเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตและลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของทั้งผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลซึ่งเป็นมิติสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต [26]

ด้านการจัดการภายในบ้าน ได้รับการตอบสนองสูงกว่าเล็กน้อย (ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ) โดยหอผู้ป่วยมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เช่น การจัดสภาพแวดล้อมในบ้าน การเตรียมอุปกรณ์ และการวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายช่วยลดความกังวลและเพิ่มความพร้อมของผู้ดูแล [27]

ด้านการเงิน แม้ความต้องการจะอยู่ในระดับค่อนข้างสูง (Median = 9/12) แต่ได้รับการตอบสนองสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($Z = 2.99$, $p = .004$) ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายการรักษา ค่าเดินทาง ค่าที่พักของญาติ และการสูญเสียรายได้จากการหยุดงานเพื่อมาดูแลในระยะวิกฤต หอผู้ป่วยดำเนินการโดยพยาบาลจะประเมินด้านการเงินของผู้ดูแลตั้งแต่วันแรกเพื่อประเมินสิทธิการรักษา (บัตรทอง ข้าราชการ ประกันสังคม) ให้ข้อมูลค่าใช้จ่ายล่วงหน้า ติดต่อบริษัทประกันเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายเพื่อขอความช่วยเหลือด้านการเงินจากกองทุนผู้ป่วยยากไร้หรือสวัสดิการอื่นๆ ทำให้ลดความวิตกกังวลเรื่องเศรษฐกิจและการเงินที่เป็นปัจจัยกดดันสำคัญในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่างจากงานวิจัยในผู้ป่วยระยะหลังจำหน่ายที่พบความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองด้านการเงินสูง เช่น งานวิจัยของ Mehdipanah และคณะ [22] เป็นต้น

ด้านการพักผ่อน พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการในระดับค่อนข้างสูง แม้ว่าจะได้รับการตอบสนองในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญ ($Z = 3.02, p = .003$) แต่ยังคงมีข้อจำกัด เนื่องจากลักษณะของหอผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่เอื้อต่อการพักผ่อนอย่างเพียงพอ แต่ทางหอผู้ป่วยมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผลัดเปลี่ยนกันดูแลและจัดช่วงเวลาให้พักผ่อน อย่างไรก็ตามผู้ดูแลยังคงเผชิญกับความเหนื่อยล้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาระและความเหนื่อยล้าสูงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ภาระของกลุ่มอาการทางคลินิกจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง [28]

สรุปผล

การได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตควรเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านข้อมูล ทักษะการดูแลจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยกิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การให้ข้อมูลรายบุคคล การสาธิตและฝึกปฏิบัติ การรับฟังและให้กำลังใจ การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และการประสานด้านการเงิน ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ดูแลผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้บริหารและบุคลากรทางการพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งที่อำนวยความสะดวก รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำตลอดการดำเนินการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

1. ควรรักษามาตรฐานการดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลได้ในระดับสูง และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
2. ควรให้ความสำคัญกับการออกแบบการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลในด้านที่มีระดับความต้องการสูง ได้แก่ ด้านข้อมูล ด้านการดูแลสุขภาพ และด้านการประคับประคอง
3. ควรมีการประเมินความต้องการของผู้ดูแลเป็นระยะ เพื่อให้สามารถปรับรูปแบบการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป
4. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในกระบวนการดูแลและวางแผนจำหน่าย เพื่อเพิ่มความมั่นใจและประสิทธิภาพในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในระยะยาวหลังผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่อง
2. ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการของผู้ดูแลในโรงพยาบาลขนาดต่างๆ หรือในภูมิภาคต่างๆ
3. พัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการและการได้รับการตอบสนองของผู้ดูแล เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- [1] Prasat Neurological Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Clinical practice guidelines for acute ischemic stroke. Bangkok: Prasat Neurological Institute; 2024. (In Thai)
- [2] Greenberg SM, Ziai WC, Cordonnier C, Dowlatshahi D, Goldstein JN, Kondziolka D, et al. 2022 Guideline for the management of patients with spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2022;53(7):e282-e361.
- [3] Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Clinical practice guidelines for stroke. Nonthaburi: Department of Medical Services; 2024. (In Thai)
- [4] Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins SO, Pandian J, Lindsay P, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2025. *Int J Stroke*. 2025;20(2):132-44. doi: 10.1177/17474930241308142.
- [5] Tu WJ, Hua Y, Yan F, Bian H, Yang Y, Lou M, et al. Prevalence of stroke in China, 2013-2019: a population-based study. *Lancet Reg Health West Pac*. 2022;28:100550. doi: 10.1016/j.lanwpc.2022.100550.
- [6] Martin SS, Aday AW, Almarzooq ZI, Anderson CAM, Arora P, Avery CL, et al. 2024 heart disease and stroke statistics: a report of US and global data from the American Heart Association. *Circulation*. 2024;149(8):e347-e913. doi: 10.1161/CIR.0000000000001209.
- [7] Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public health statistics [Internet]. 2022 [cited 2026 Apr 14]. Available from: <https://spd.moph.go.th/public-health-statistics>. (In Thai)
- [8] Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Patient statistics. Chiang Mai: Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital; 2023. (In Thai)
- [9] Tartarisco G, Chillemi G, De Francesco M, De Cola MC, De Luca R, Manuli A, et al. Understanding the family burden and caregiver role in stroke rehabilitation: insights from a retrospective study. *Neurol Sci*. 2024 [Epub ahead of print]. doi: 10.1007/s10072-024-07668-5.
- [10] Stiexs A, Chayati N. Study of physical, psychological, and spiritual impact of family caregiver in home-based stroke treatment: a systematic review. *Open Access Maced J Med Sci*. 2021;9:236-9. doi: 10.3889/oamjms.2021.5795.
- [11] Jaracz K, Grabowska-Fudala B, Jaracz J, Moczko J, Kleka P, Pawlicka A, et al. Caregiver burden after stroke: a 10-year follow-up study of Polish caregivers for stroke patients. *BMC Nurs*. 2024;23(1):589. doi: 10.1186/s12912-024-02251-x.
- [12] Elton H, Lobo E. Information, involvement, self-care and support: the needs of caregivers of people with stroke: a grounded theory approach. *PLoS One*. 2023;18(1):e0281198. doi: 10.1371/journal.pone.0281198.
- [13] Sritumsuk W, Jaipong S, Setchoduk K, Teerawongsa N, Nilnet N. Factors predicting the needs of caregivers of patients with new-onset subacute stroke. *Thai Red Cross Nurs J*. 2020;13(2):144-58. (In Thai)
- [14] Wingate AL, Lackey NR. A description of the needs of noninstitutionalized cancer patients and their primary caregiver. *Cancer Nurs*. 1989;12(4):216-24.

- [15] Ito Y, Hamaguchi T, Suzuki M, Otaka Y, Asai M, Sakaguchi Y, et al. Identification of unmet information needs among families of critically ill patients and their association with post-intensive care syndrome-family: protocol for a single-center cross-sectional study. *BMC Palliat Care*. 2025;24:15. doi: 10.1186/s12904-025-01345-w.
- [16] Kelle Dikbaş Ş, Kalyoncu Aslan I. Factors affecting length of stay in a stroke unit after intravenous thrombolytic therapy: a retrospective study. *Bosphorus Med J*. 2024;11(1):15-22.
- [17] Wichittrakunthawon S, Imsanguan K, Sukamwang K. Needs and needs responses of elderly patients and their families in the surgical intensive care unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *Nurs J*. 2013;40(Suppl):35-46. (In Thai)
- [18] Jue-u-patham R. Needs of family caregivers of stroke patients at home [master's thesis]. Nakhon Pathom: Christian University of Thailand; 2010. (In Thai)
- [19] Srihabandit W. Needs of stroke patient caregivers and factors predicting the needs of stroke patient caregivers [master's thesis]. Pathum Thani: Rangsit University; 2017. (In Thai)
- [20] Best JW. *Research in education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1997.
- [21] Mohd Zawawi NS, Abd Aziz NA, Fisher R, Ahmad K, Omar MA, Walker MF. The unmet needs of caregiving skills, support, emotions, and finances of stroke caregivers: a multicenter study. *Cureus*. 2023;15(8):e44346. doi: 10.7759/cureus.44346.
- [22] Mehdiapanah R, Morgenstern LB, Kwicklis M, Smith MA, Case E, Lisabeth LD. Stroke caregiver needs in a population-based study. *J Am Heart Assoc*. 2025;14(19):e038434. doi: 10.1161/JAHA.124.038434.
- [23] Pratama S, Pangastuti HS, Maria R. Hubungan ketergantungan activity daily living penderita stroke dengan beban family caregiver di Puskesmas Kasihan II. *J Keperawatan Klinis dan Komunitas*. 2023;7(1):29-38. doi: 10.22146/jkkk.83043.
- [24] Sánchez Silverio V, Abuín Porras V, Rodríguez Costa I. Caregiver burden in relation to cognitive status and dependence on activities of daily living in stroke patients: a cross-sectional study in the Dominican Republic. *Rev Esp Dot Investig Enferm*. 2021. doi: 10.1016/j.sedeng.2021.05.001.
- [25] Lutz BJ, Jones A, Zahuranec D, Creutzfeldt C. Views from the frontlines: perspectives of young adult caregivers on unmet needs after severe stroke. *Stroke*. 2025;56(Suppl 1):A121.
- [26] Ambrosca R, Bolgeo T, Zeffiro V, Alvaro R, Vellone E, Pucciarelli G. The role of spirituality in stroke survivors and their caregivers: a systematic review. *J Relig Health*. 2024;63(5):3501-31. doi: 10.1007/s10943-024-02029-0.
- [27] Damaiyanti M, Amir H, Cahyani DD, Alhidayat NS, Afrianti N, Rahmiati C, et al. Improving caregiver preparedness in the care transition of stroke patients: a scoping review. *J Med Life*. 2023;16(12):1723-31. doi: 10.25122/jml-2023-0142.
- [28] Kumar A, Yadav AK, Singh VK, Pathak A, Chaurasia RN, Mishra VN, et al. Caregiver burden in caregivers of stroke survivors: a hospital-based study. *Ann Indian Acad Neurol*. 2022;25(6):1092-8. doi: 10.4103/aian.aian_318_22.