

ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมอง

นางสาววีรภัทรา ประภาพักตร์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

RESILIENCE, SOCIAL SUPPORT, COPING AND QUALITY OF LIFE OF OLDER
PERSONS WITH STROKE

Miss Werapattra Praparpak

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2011
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา

และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

โดย

นางสาววิรัชตรา ประภาพักตร์

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

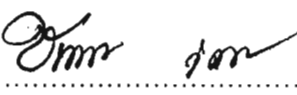
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณะปกรณ

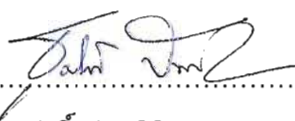
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์นี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนาศูววรรณะปกรณ)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

วีรภัทรา ประภาพักตร์: ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และ
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. (RESILIENCE, SOCIAL SUPPORT,
COPING AND QUALITY OF LIFE OF OLDER PERSONS WITH STROKE)

อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ทัศนาศูววรรณระปกรณ, 146 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทาง
สังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรค
หลอดเลือดสมอง จำนวน 140 คน ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย จากผู้ป่วยที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วย
นอก คลินิกอายุรกรรมประสาทโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลตำรวจ
เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความยืดหยุ่น แบบวัดการสนับสนุน
ทางสังคม แบบวัดการเผชิญปัญหา และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (SF-12 version 2) ซึ่งผ่านการ
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดสอบหาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์
แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84, .88, .75 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่า
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายในระดับต่ำ ($\bar{X} = 43.37, SD = 9.93$) แต่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 53.18, SD = 8.72$)
2. ความยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิต
ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
เท่ากับ .279 และ .297 ตามลำดับ
3. การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้งด้านสุขภาพกายและด้าน
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
4. การเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตทั้งด้าน
สุขภาพกายและด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
และ .01 ($r = .197$ และ $r = .286$ ตามลำดับ) ด้านการจัดการอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพ
ชีวิตทั้งด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ.01 ($r = -.260$ และ $-.451$ ตามลำดับ) ด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกไม่มี
ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต
ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.210$)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อ..... อธิภักดิ์ ประภาพักตร์
ปีการศึกษา.....2554.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... อ.ทัศนาศูววรรณระปกรณ

5377601636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : QUALITY OF LIFE / RESILIENCE/ SOCIAL SUPPORT/ COPING/ OLDER PERSONS WITH STROKE

WERAPATTRA PRAPARPAK: RESILIENCE, SOCIAL SUPPORT, COPING AND QUALITY OF LIFE OF OLDER PERSONS WITH STROKE. ADVISOR: ASST. PROF. TASSANA CHOOWATTANAPAKORN, Ph.D., 146 pp.

The purpose of this study was to examine the relationships between resilience, social support, coping and quality of life of older persons with stroke. Simple random of 140 older persons with stroke were selected from patients who receiving treatment at neurological medicine clinic, out-patient department of King Chulalongkorn Memorial Hospital, Prasat Neurological Institute and Police General Hospital. The instruments were demographic questionnaire, Resilience Scale, Social Support Questionnaire, Jalowiec Coping Scale and Quality of Life Scale (SF-12 version 2). Validity of all instruments were approved by 5 experts. Cronbach's alpha coefficients of reliability were .84, .85, .75 and .87 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation. The results were as follows:

1. Quality of life in physical component of older persons with stroke was low ($\bar{X} = 43.37$, $SD = 9.93$) while quality of life in mental component of older persons with stroke was moderate ($\bar{X} = 53.18$, $SD = 8.72$).
2. Resilience was significantly positive correlated with both of quality of life in physical and mental components in older persons with stroke ($r = .279$, $r = .297$, $p < .01$).
3. Social support was not correlated with both of quality of life in physical and mental components in older persons with stroke.
4. Confrontive coping was significantly positive correlated with both of quality of life in physical and mental components in older persons with stroke ($r = .197$, $r = .286$). Emotive coping was significantly negative correlated with both of quality of life in physical and mental components in older persons with stroke ($r = -.260$, $r = -.451$, $p < .01$). Palliative coping was not correlated with quality of life in physical component but significantly positive correlated with quality of life in mental component in older persons with stroke ($r = .210$, $p < .05$).

Field of Study : Nursing Science

Student's Signature

Academic Year : 2011

Advisor's Signature

Werapattre Praparpak

Tassana Choowattanapakorn

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณะปกรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาทั้งในและนอกเวลาราชการในการให้ข้อคิด คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ ห่วงใย และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ให้วิชาความรู้ ด้วยความรักและความห่วงใยตลอดระยะเวลาของการศึกษา รวมทั้งขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์และบัณฑิตวิทยาลัยที่ให้ทุนอุดหนุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมประสาท และเจ้าหน้าที่ทุกท่านของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลตำรวจ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

กราบขอบพระคุณสภาการศึกษาไทย หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้ตรวจการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยภปร ชั้น 14 ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณพยาบาลประจำการและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยภปร ชั้น 14 ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบพระคุณคุณยาย คุณพ่อ คุณแม่ และน้องสาวอันเป็นที่รักยิ่งที่เป็นกำลังใจสำคัญและช่วยเหลือสนับสนุนในทุกๆด้านด้วยความรักความห่วงใย ขอขอบพระคุณพี่ๆ น้องๆ และเพื่อนๆ นิสิตปริญญาโททุกท่านที่ให้กำลังใจ เป็นห่วง ไม่ทอดทิ้ง และให้ความช่วยเหลือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ด้วยน้ำใจและการช่วยเหลือจากบุคคลมากมาย วิทยานิพนธ์เล่มนี้จึงสำเร็จลงด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ.....	13
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	25
แนวคิดเกี่ยวกับความยืดหยุ่น.....	33
แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม.....	39
แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา.....	42
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	53

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
การรวบรวมข้อมูล.....	62
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	76
สรุปผลการวิจัย.....	78
อภิปรายผลการวิจัย.....	81
ข้อเสนอแนะ.....	96
รายการอ้างอิง.....	100
ภาคผนวก.....	115
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	116
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	118
ภาคผนวก ค เอกสารการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย และพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	124
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือการวิจัย.....	133
ภาคผนวก จ ตารางแจกแจงข้อมูลทางสถิติ.....	140
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	146

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ระดับความยืดหยุ่นตามแบบประเมินความยืดหยุ่นของ Wagnild and Young (1993)	57
2	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือวิจัยทั้งหมดในกลุ่มทดลองใช้ และในกลุ่มใช้จริง.....	62
3	จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ลักษณะความเป็นอยู่ และ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	66
4	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมิติคุณภาพชีวิตของ SF-12 version 2 ทั้ง 8 มิติ ในกลุ่มตัวอย่าง.....	69
5	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (PCS) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต (MCS) ของกลุ่มตัวอย่าง.....	70
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยของความ ยืดหยุ่นของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	71
7	จำนวนและร้อยละของระดับความยืดหยุ่นของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมอง.....	71
8	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตาม รายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	72
9	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุโรค หลอดเลือดสมอง.....	
10	ค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญปัญหา จำแนกตามรายด้านของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	73
11	ความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	74
12	ความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	75
13	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความยืดหยุ่นที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด 10 อันดับแรก.....	141
14	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมรายข้อ.....	142

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
15	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับ ปัญหารายชื่อและโดยรวมทั้งหมด.....	143
16	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับ อารมณ์รายชื่อและโดยรวมทั้งหมด.....	144
17	ค่าเฉลี่ย ลำดับ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญ ปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกรายชื่อและโดยรวมทั้งหมด.....	145

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	53

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) จัดว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากปัจจุบันในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา และยุโรป พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับสามของประชากร รองลงมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคมะเร็ง ในประเทศแถบเอเชีย เช่น จีน และญี่ปุ่น พบเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับที่สองรองจากโรคหัวใจ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; ชุมศักดิ์ พฤษชาพงษ์, 2550; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550)

ประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองปีละ 6 แสนคน ในจำนวนนี้จะรุนแรงจนเสียชีวิตถึงปีละ 150,000 คน ส่วนอีก 100,000 คนป่วยซ้ำ (ชุมศักดิ์ พฤษชาพงษ์, 2544; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550) โดยระบอบาติวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกนั้นมีอัตราความชุกของโรค (prevalence rate) เฉลี่ย 500-600 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราอุบัติการณ์โรค (incident rate) เฉลี่ย 100-200 ต่อประชากรแสนคน ส่วนอัตราอุบัติการณ์ตาย (death rate) จะมีค่าราวครึ่งหนึ่งของอัตราอุบัติการณ์โรค ข้อมูลต่างๆเหล่านี้จะมีอัตราสูงขึ้นตามอายุของผู้ป่วย (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุดในจำนวนผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่รับไว้ในโรงพยาบาล (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) มีความชุกประมาณร้อยละ 1 และเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตที่สำคัญในผู้สูงอายุ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552) มีการศึกษาพบว่าในประเทศไทยมีอัตราการเกิดโรค 690 คนต่อประชากรแสนคน จากสถิติดังกล่าวคาดว่าผู้ป่วยโรคนี้ในประเทศไทยเป็นจำนวน 496,800 หรือเกือบ 500,000 รายต่อประชากร 72 ล้านคน และเป็นสาเหตุการตายและความพิการที่สำคัญอันดับต้นๆ ซึ่งอุบัติการณ์จะสูงขึ้นตามอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปี (ชุมศักดิ์ พฤษชาพงษ์, 2550; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550) อุตการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุ 60-69 ปีพบ 962 คน ต่อประชากรแสนคน ส่วนอายุ 70-79 ปีพบ 1,405 คน ต่อประชากรแสนคน และอายุ 80 ปีขึ้นไปพบ 1,267 คน ต่อประชากรแสนคน (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และคณะ, 2551) และจากการศึกษาของ Hanchaiphiboolkul et al. (2011) ที่ศึกษาความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบว่าความชุกในกลุ่มอายุ

มากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี เท่ากับร้อยละ 2.70 ซึ่งความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการศึกษาในประเทศไทยในอดีต

โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความพิการและสูญเสียทรัพยากรของโลกทั้งด้านบุคคลและเศรษฐกิจอย่างมาก สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันหรือแตก ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ก่อให้เกิดอาการต่างๆ เช่น เวียนศีรษะ พูดไม่ชัด ชา อ่อนแรง หรือหมดสติ ซึ่งหลายรายเกิดภาวะทุพพลภาพตามมา เป็นผลกระทบต่องั่งร่างกาย จิตใจ และสังคม (Welch, 2008) ส่งผลให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตลดลง (ทศพร คำผลศิริ, 2548; Lee et al., 2009; Dayapoglu and Tan, 2010; Gunaydin, Karatepe, Kaya, and Ulutus, 2010)

ผลกระทบและความพิการที่หลงเหลืออยู่จากโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและชนิดของพยาธิสภาพ โดยผู้ป่วยอาจสูญเสียการรับรู้ลึกของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง สูญเสียการทรงตัว มีปัญหาในการควบคุมการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ภาวะปวดไหล่ แขน และมือ มีปัญหาความคิด ความจำ การรับรู้ มีปัญหาด้านการพูด การเคี้ยว การกลืน การรับรู้ลึก รวมทั้งการรับรู้ของลานสายตาผิดไป (วิษณุ กัมทรทิพย์, 2551; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2552) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ในด้านการทำงานทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) บทบาทด้านร่างกาย (Role Physical) ความเจ็บปวดของร่างกาย (Bodily Pain) และสุขภาพโดยทั่วไป (General Health) ผลกระทบด้านร่างกายหลายอย่างดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการเผชิญต่อปัญหายุ่งยากในชีวิตอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานจากโรคเรื้อรังมักส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของจิตใจ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกระยะจะมีปัญหาด้านจิตใจหลายอย่าง เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่เกิดขึ้นรวดเร็ว (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) ผู้ป่วยมักมีความรู้สึกกลัว แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต และสูญเสียการควบคุมร่างกายและจิตใจ (Welch, 2008) ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีอาการหงุดหงิด โมโหง่าย ก้าวร้าว กลัว วิดกกังวลและซึมเศร้า (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2552) ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ได้รับแรงเสริมทางบวกเพื่อการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม หากผู้ป่วยขาดแหล่งสนับสนุนในการเผชิญปัญหาและไม่มีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง อดทน และยืดหยุ่น จะทำให้มีคุณภาพชีวิตลดต่ำลงได้ ดังนั้นผลกระทบด้านจิตใจจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต ในด้านความมีชีวิตชีวาหรือความกระปรี้กระเปร่า

(Vitality) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning) ด้านสุขภาพจิต (Mental Health) และบทบาทด้านอารมณ์ (Role Emotional) การบำบัดปัญหาทางกายและจิตใจมีความซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพอย่างมาก ทั้งที่เกิดขึ้นขณะให้การรักษาในระยะเฉียบพลัน และการฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้น (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552) ซึ่งข้อจำกัดด้านร่างกายและจิตใจนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านสังคม จากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการสื่อสารและการเข้าสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่การแยกตัว การทำกิจกรรมต่างๆลดลง ขาดความเชื่อมั่น ไม่สามารถแสดงบทบาทในสังคมได้ดังปกติ ประกอบกับการสูงอายุซึ่งมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยหลายอย่าง ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องดำรงชีวิตอยู่กับภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นอย่างถาวร ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง

ดังนั้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมีภาวะจิตใจที่เข้มแข็ง และยืดหยุ่น จึงจะสามารถเผชิญกับปัญหาดังกล่าวได้ ดังที่ Wagnild and Collins (2009) กล่าวว่า ความยืดหยุ่นมีความเกี่ยวข้องกับคุณลักษณะทางบวกในวัยสูงอายุ เป็นความสามารถในการปรับเปลี่ยนหรือการกลับสู่สภาพปกติจากการเกิดเหตุการณ์ที่ยากลำบาก เป็นความท้าทายและแสดงความสามารถของความเข้มแข็งภายใน การมองโลกในแง่ดี และความสามารถที่จะรับมือกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ยากลำบากบุคคลที่มีความยืดหยุ่นสูงจะจัดการกับตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ประสบความสำเร็จมากกว่าผู้ที่มีความยืดหยุ่นต่ำ

จากการศึกษาของ Chan et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความยืดหยุ่นสูงจะมีผลลัพธ์ทางร่างกายและจิตใจดีกว่าผู้ที่มีความยืดหยุ่นต่ำ Nygren et al. (2005) พบว่าความยืดหยุ่น มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งภายใน ถ้าผู้สูงอายุมีภาวะจิตใจที่เข้มแข็งจะสามารถเผชิญกับประสบการณ์ด้านลบเช่นการมีข้อจำกัดด้านร่างกายได้ ผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ยากลำบากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากผู้สูงอายุมีความยืดหยุ่น และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาในทางบวกได้ นอกจากนั้นการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยให้ความเครียดด้านจิตสังคมลดน้อยลง และยังเป็นตัวกันชนจากผลกระทบของความเครียดต่อภาวะสุขภาพ (House, 1987) การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและช่วยให้ความอ่อนแอทางใจจากความเจ็บป่วยลดน้อยลงในผู้สูงอายุ (Minkler, 1985) ซึ่งความรู้สึกที่มีการติดต่อกับสังคมเป็นสิ่งสำคัญในการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต (Casey et al., 2008) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมโดยได้รับการช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการ ได้รับกำลังใจ และการดูแลให้ดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม จะช่วยให้เผชิญการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ (สุปราณี แต่งวงษ์ และคณะ, 2548) และหากผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมจะช่วยลดความซึมเศร้าได้ (King, 1990 cited in Lau and Mckenna, 2001) ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาจะมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคล ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมจะทำให้สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (Lazarus and Folkman, 1984)

เมื่อจำนวนประชากรสูงอายุและภาวะทุพพลภาพจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น การดูแลด้านจิตใจในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญเช่นเดียวกับการดูแลด้านร่างกาย บุคลากรสุขภาพจึงควรตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคมที่เกิดขึ้น และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้มีความสมดุลทั้งด้านร่างกายและจิตใจหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Welch, 2008) และส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านการทำงานทางด้านร่างกาย บทบาทด้านร่างกาย ความเจ็บปวดของร่างกาย สุขภาพโดยทั่วไป ความมีชีวิตชีวาหรือความกระปรี้กระเปร่า บทบาทด้านอารมณ์ สุขภาพจิตใจ และสังคมตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความยืดหยุ่นสูง มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี และมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Kershaw, 2004; Fok, 2005; Wallis, 2006; Drageset, 2009) สำหรับประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่า ถ้ามีความยืดหยุ่น มีการสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหาที่ดี จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ นอกจากนั้นการมีความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างเป็นองค์รวม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

1. ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
2. ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-12 version 2 (Ware, 1996) ที่ประกอบด้วย 8 มิติ ได้แก่ มิติด้านความมีชีวิตชีวาหรือความกระปรี้กระเปร่า (Vitality) มิติทางด้านสังคม (Social Functioning) มิติทางด้านสุขภาพจิตใจ (Mental Health) มิติของการทำงานทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) มิติของบทบาทด้านอารมณ์ (Role Emotional) มิติของบทบาทด้านร่างกาย (Role Physical) มิติด้านความเจ็บปวดของร่างกาย (Bodily Pain) และมิติด้านสุขภาพโดยทั่วไป (General Health) โดยศึกษาแนวคิดความยืดหยุ่นของ Wagnild and Young (2003) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) และแนวคิดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ดังนี้

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ต่อตนเองของบุคคลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม ภาวะสุขภาพ และประสบการณ์ในชีวิต เมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (Welch, 2008) เกิดผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิตใน 8 มิติ ได้แก่ การทำงานทางด้านร่างกาย บทบาทด้านร่างกาย ความเจ็บปวดของร่างกาย ด้านสังคม ด้านสุขภาพจิตใจ บทบาทด้านอารมณ์ ด้านความมีชีวิตชีวาหรือความกระปรี้กระเปร่า และด้านสุขภาพโดยทั่วไป (Ware, 1996) แต่ถ้าบุคคลที่เจ็บป่วยหากรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีก็สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังนั้นมุมมองด้านร่างกายและจิตใจจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Mackenzie and Chang, 2002 cited in Mandzuk and McMillan, 2005)

Wagnild and Young (2003) อธิบายว่า**ความยืดหยุ่น** (Resilience) ในผู้สูงอายุเป็นคุณลักษณะทางบวกของบุคคลที่ช่วยบรรเทาผลกระทบทางลบของความเครียดและสนับสนุนให้

เกิดการปรับตัวซึ่งเป็นความสามารถในการกลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติภายหลังจากการเผชิญภาวะวิกฤติในชีวิต สอดคล้องกับ Resnick and Inguito (2011) ที่กล่าวว่าความยืดหยุ่นเป็นความสามารถของผู้สูงอายุ ในการคงไว้หรือการได้กลับคืนของภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ภายหลังความเจ็บป่วยหรือการสูญเสีย ซึ่งความยืดหยุ่นของบุคคลเป็นพฤติกรรมในการปรับตัวต่อความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางสังคม กำลังใจ และภาวะสุขภาพด้านร่างกาย (Wagnild & Young, 1993 cited in Resnick and Inguito, 2011) ผู้สูงอายุที่มีความยืดหยุ่น พิจารณาจากการที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตและพึงพอใจในภาวะสุขภาพของตนเองแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามอายุหรือมีภาวะทุพพลภาพ (Wagnild, 2003; Lamond et al., 2009) ปัจจัยด้านความยืดหยุ่นที่พบว่ามีผลสำคัญโดยตรงต่อความเจ็บป่วยด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลตนเอง การรักษาอย่างต่อเนื่อง คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย การรับรู้ความปวด การออกกำลังกาย และผลลัพธ์ทางร่างกาย (Stewart and Yuen, 2011) โดยความยืดหยุ่นเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนให้เกิดความสามารถในการทำกิจกรรม มีอารมณ์ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Hardy et al., 2004)

เมื่อบุคคลมีความยืดหยุ่นดี จะมีการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาจากความเครียดที่เกิดจากโรคและจากการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น **การสนับสนุนทางสังคม**ตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) แบ่งเป็น 3 ด้านคือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านรูปธรรม โดยการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับคำแนะนำและแนวทางการปฏิบัติตัว ได้มีผู้ให้การดูแลทั้งด้านร่างกายและด้านจิตอารมณ์ ซึ่งการได้รับการดูแลจากครอบครัวและการตอบสนองของความต้องการของผู้สูงอายุในการช่วยเหลือทางกายและให้กำลังใจเพื่อให้มีจิตใจที่เข้มแข็งนั้น สิ่งที่เกิดตามมาหลังจากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมคือการที่มีภาวะสุขภาพในทางบวก ได้แก่ ความสามารถส่วนบุคคล คงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ความรู้สึกถึงความมั่นคง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความผาสุกทางใจ และ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลง (Hinson, 1997) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน โดยความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับครอบครัวและเพื่อนจะทำให้ผู้ป่วยยังคงมีการติดต่อกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งความรู้สึกที่ยังมีการติดต่อกับชุมชนหรือสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต (Casey et al., 2008) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและช่วยให้ความอ่อนแอทางใจจากความเจ็บป่วยลดน้อยลงในผู้สูงอายุ

(Minkler, 1985) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาเพื่อคงความ ผาสุกทางกายและใจและเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาได้

การเผชิญปัญหาตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) หมายถึง ความพยายามของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดการกับ ปัญหาตามที่บุคคลได้ประเมินไว้ ซึ่งต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างมาก หากมีการเผชิญ ปัญหาที่เหมาะสมจะทำให้สามารถปรับตัวอยู่ในสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ประกอบด้วย การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem-focused coping) และการเผชิญปัญหาด้าน อารมณ์ (Emotion-focused coping) ต่อมา Jalowiec (1988) ได้ศึกษาแนวคิดนี้และแบ่งการ เผชิญปัญหาเป็น 3 ด้านคือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) 2) การจัดการกับ อารมณ์ (emotive coping) 3) การเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก (palliative coping) ซึ่ง แหล่งสนับสนุนการเผชิญปัญหา (สมรรถนะแห่งตน ยอมรับความเครียด และความพึงพอใจในการ สนับสนุนทางสังคม) สามารถทำนายการเผชิญปัญหาได้ (Trouillet et al., 2009) เมื่อบุคคลมีการ เผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

สมมติฐานการวิจัย

1. ความยืดหยุ่น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค หลอดหลอดเลือดสมอง
3. การเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมอง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ามารับบริการเป็นผู้ป่วย นอกแผนกอายุรกรรมประสาทของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ และสถาบัน ประสาทวิทยา

1. ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด

เลือดสมองที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมประสาทของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
โรงพยาบาลตำรวจ และสถาบันประสาทวิทยา

2. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ ความยืดหยุ่น (Resilience) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และการเผชิญปัญหา (Coping) ส่วนตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง การรับรู้ต่อตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจากการทำงานทางด้านร่างกาย บทบาทด้านร่างกาย ความเจ็บปวดของร่างกาย ด้านสังคม ด้านสุขภาพจิต บทบาทด้านอารมณ์ ด้านความมีชีวิตชีวาหรือความกระปรี้กระเปร่า และด้านสุขภาพโดยทั่วไป ประเมินโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-12 V2 (Ware, 1996) ที่แปลเป็นภาษาไทยและผ่านการนำมาแล้วโดยวิรัช เกษมทรัพย์ และคณะ (2550)

ความยืดหยุ่น (Resilience) หมายถึง คุณลักษณะของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในการกลับคืนสู่สภาพปกติ หลังจากเกิดปัญหาในชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดของ Wagnild (2009) และ Wagnild (2010) ประกอบด้วย ชีวิตที่มีความหมาย ความอดทน ความสมดุลของใจ ความมั่นใจในตนเอง และความสามารถในการอยู่ตามลำพังได้ ประเมินโดยใช้แบบวัดความยืดหยุ่นของ Wagnild and Young (1993) ที่แปลเป็นภาษาไทยและผ่านการนำมาแล้วโดย Choowattanapakorn et al., (2010)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต่อการได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ สามี ภรรยา ลูก หลาน ญาติ พี่น้อง ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านรูปธรรม ดังนี้

- 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับข้อมูล คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และแนวทางในการดูแลสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัว
- 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับความสนใจ การดูแลเอาใจใส่ และกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว
- 3) การสนับสนุนด้านรูปธรรม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน ความช่วยเหลือทางการเงินหรือความช่วยเหลือ
อื่นๆจากสมาชิกในครอบครัว

ประเมินโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สุจรรยา โลหาชีวะ (2548)
ดัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) ซึ่งแปลเป็น
ภาษาไทยและดัดแปลงโดยสมจิต หนูเจริญกุล (1988)

การเผชิญปัญหา (Coping) หมายถึง การกระทำหรือความคิดที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด
สมองใช้เผชิญกับปัญหาขณะที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการ
เผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) ด้านการจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) และ
ด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก (palliative coping) ดังนี้

1) ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา เป็นวิธีที่เน้นการควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์
ที่ทำให้ปัญหาเป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยพยายามแก้ปัญหาและคิดวิธีการต่างๆ เพื่อควบคุมปัญหา
อาจใช้วิธีการเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นผลจากความคิดของตนเอง หรือใช้วิธีเปลี่ยนแปลง
สิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่

2) ด้านการจัดการกับอารมณ์ เป็นวิธีที่เน้นการแก้ไขหรือควบคุมความรู้สึกที่
เป็นทุกข์ หรือความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆ โดยการแสดงความรู้สึกหรือระบายอารมณ์ออกมา โดยที่
ปัญหาหรือเหตุการณ์ไม่เปลี่ยนแปลง

3) ด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก เป็นวิธีที่ใช้แก้ปัญหาทางอ้อม
หรือใช้ในการควบคุมเหตุการณ์ หรือใช้เป็นแนวทางในการเปลี่ยนการรับรู้ปัญหา โดยที่ปัญหาหรือ
เหตุการณ์ไม่เปลี่ยนแปลง

ประเมินโดยใช้แบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1988) ที่แปลเป็น
ภาษาไทยและผ่านการนำมาแล้วโดยปราณี มิ่งขวัญ (2542)

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลที่บอกระดับความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และ
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผน
ส่งเสริมระดับความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2. ได้ข้อมูลที่บอกความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เป็นหัวข้อดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 อุบัติการณ์และความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 พยาธิสรีรภาพ
 - 1.4 การแบ่งกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองตามความผิดปกติที่เกิดขึ้น
 - 1.5 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.6 ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.7 ความบกพร่องที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.8 ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.9 การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
 - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 2.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.3 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านโรคกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.5 บทบาทพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
 - 2.6 การประเมินคุณภาพชีวิต
3. แนวคิดเกี่ยวกับความยืดหยุ่น
 - 3.1 ความหมายของความยืดหยุ่น
 - 3.2 คุณลักษณะสำคัญของความยืดหยุ่น
 - 3.3 ความยืดหยุ่นกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

- 3.4 การประเมินความยืดหยุ่น
- 4. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
 - 4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
 - 4.2 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม
- 5. แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา
 - 5.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา
 - 5.2 พฤติกรรมการเผชิญปัญหา
 - 5.3 การจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ
 - 5.4 การเผชิญปัญหาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 5.5 การประเมินการเผชิญปัญหา
- 6. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
- 7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) จัดว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากในปัจจุบันในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา และยุโรป stroke เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับสามของประชากร รองลงมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคมะเร็ง ยิ่งกว่านั้นโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นโรคที่พบบ่อยในประชากรผู้สูงอายุ และทำให้เกิดความพิการและสูญเสียทรัพยากรของโลกทั้งด้านบุคคล และเศรษฐกิจอย่างมากมาย (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของสมองที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว มีอาการคงอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งมีสาเหตุไม่ชัดเจนโดยในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบร้อยละ 75-80 เกิดจากเลือดออกในสมองร้อยละ 10-15 และเกิดจากเลือดออกภายในเยื่อหุ้มสมองร้อยละ 5-10 (WHO, 2006)

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง อาการทางระบบประสาทซึ่งเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองทันที ส่งผลให้เกิดอาการทางระบบประสาทเฉพาะที่ โดยที่อาการคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง หรือเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตใน 24 ชั่วโมงแรก ซึ่งหากเป็นอาการชั่วคราวหายได้ภายใน 24 ชั่วโมงจะไม่ได้ถือว่าเป็นโรค (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550)

1.2 อุบัติการณ์และความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากปัจจุบันในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา และยุโรป พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับสามของประชากร รองลงมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคมะเร็ง ในประเทศแถบเอเชีย เช่น จีน และญี่ปุ่น พบเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับที่สองรองจากโรคหัวใจ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์, 2550; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550)

ประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองปีละ 6 แสนคน ในจำนวนนี้จะรุนแรงจนเสียชีวิตถึงปีละ 150,000 คน ส่วนอีก 100,000 คนป่วยซ้ำ (ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์, 2550; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550) โดยระบาดวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกนั้นมีอัตราความชุกของโรค (prevalence rate) เฉลี่ย 500-600 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราอุบัติการณ์โรค (incidence rate) เฉลี่ย 100-200 ต่อประชากรแสนคน ส่วนอัตราอุบัติการณ์ตาย (death rate) จะมีค่าราวครึ่งหนึ่งของอัตราอุบัติการณ์โรค ข้อมูลต่างๆเหล่านี้จะมีอัตราสูงขึ้นตามอายุของผู้ป่วย โดยเฉพาะชายจะมีอุบัติการณ์ของโรคมากกว่าเพศหญิงในสัดส่วน 1.3:1 และในประเทศทาง

ตะวันออกพบว่าคุณบัติการณัของภาวะหลอดเลือดแตกสูงกว่ในประเทศตะวันตก 2 เท่า (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุดในจำนวนผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่รับไว้ในโรงพยาบาล (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ซึ่งมีความชุกประมาณร้อยละ 1 และเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตที่สำคัญในผู้สูงอายุ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552) มีการศึกษาพบว่าในประเทศไทยมีอัตราการเกิดโรค 690 คนต่อประชากรแสนคน จากสถิติดังกล่าวคาดว่ามิผู้ป่วยโรคนี้ในประเทศไทยเป็นจำนวน 496,800 หรือเกือบ 500,000 รายต่อประชากร 72 ล้านคน และเป็นสาเหตุการตายและความพิการที่สำคัญอันดับต้นๆ ซึ่งอุบัติการณ์จะสูงขึ้นตามอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปี (ชุมศักดิ์ พฤษชาพงษ์, 2550; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550) อุตบัติการณัผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุ 60-69 ปีพบในเพศชาย 567 คน และเพศหญิง 395 คน ต่อประชากรแสนคน ส่วนอายุ 70-79 ปีพบในเพศชาย 785 คน และเพศหญิง 620 คน ต่อประชากรแสนคน และอายุ 80 ปีขึ้นไปพบในเพศชาย 699 คน และเพศหญิง 568 คน ต่อประชากรแสนคน (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และคณะ, 2551)

จากการสำรวจภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกายปี พ.ศ. 2547 พบว่าความชุกของโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น โดยความชุกของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอายุ 60-69 ปีพบในเพศชาย 2,514 คน และเพศหญิง 1,571 คน ต่อประชากรแสนคน ส่วนอายุ 70-79 ปีพบในเพศชาย 2,642 คน และเพศหญิง 1,822 คน ต่อประชากรแสนคน และอายุ 80 ปีขึ้นไปพบในเพศชาย 1,915 คน และเพศหญิง 2,505 คน ต่อประชากรแสนคน (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และคณะ, 2551) ซึ่งการศึกษาข้อมูลโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2537-2539 โดยสำรวจ 4 ภาค ได้แก่ ภาคกลางที่อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ภาคเหนือที่อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร และภาคใต้ที่อำเภอเมือง จังหวัดระนอง พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 34 ราย จากจำนวน 3,036 ราย คิดเป็นความชุก (crude prevalence rate) ร้อยละ 1.12 (Viriyavejakul et al., 1998 อ้างถึงใน กิ่งแก้ว ปาจริย, 2547) และจากการศึกษาของ Hanchaiphiboolhul et al. (2011) ที่ศึกษาความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบว่าความชุกในกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีเท่ากับร้อยละ 2.70 ซึ่งจะพบว่าความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการศึกษาในประเทศไทยในอดีต

จากสถิติจำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามเพศและสาเหตุ (ตามบัญชีตารางโรคพื้นฐานของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10) พบว่ามี

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ.2550 จำนวน 12,995 คน พ.ศ. 2551 จำนวน 13,133 คน พ.ศ. 2552 จำนวน 13,353 คน และ พ.ศ. 2553 จำนวน 17,540 คน ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาจากจำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และสาเหตุ (ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10) พ.ศ. 2552 พบว่าจำนวนประชากรทั้งหมดที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวน 13,353 คน ซึ่งในจำนวนนี้มีประชากรกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 8,076 คน และ พ.ศ. 2553 พบประชากรทั้งหมดที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 17,540 คน ซึ่งในจำนวนนี้มีประชากรกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 10,461 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553: ออนไลน์)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบได้บ่อยและทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 80 ปี และจะมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคร้อยละ 17 (Muangpaisan et al., 2007; Muangpaisan et al., 2008 อ้างถึงใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องก็อาจเกิดความพิการขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต (นิจศรี ชาญณรงค์, 2543)

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นความผิดปกติของระบบประสาทเนื่องจากความผิดปกติของหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองผิดปกติ จากสถิติการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ร้อยละ 14 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำภายใน 1 ปี ร้อยละ 15-20 มีความพิการหลงเหลืออยู่ และร้อยละ 20 ต้องมีการพึ่งพาสถานพยาบาล (เอี่ยมพร สกุลแก้ว อ้างถึงใน รัตนภรณ์ คงคา และวันเพ็ญ ภิญญญาสกุล, 2552) โดยสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองในผู้สูงอายุ เกิดจากการไหลเวียนของเลือดกับการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดงในสมอง ทำให้ผนังของหลอดเลือดแดงนั้นโป่งพองออก จนมีขนาดหนึ่งก็จะแตก (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550)

1.3 พยาธิสรีรภาพ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาท ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองหรือก้านสมอง โดยที่มีการตีบ ตัน หรือแตกของหลอดเลือด โดยปกติสมองมีเลือดไปเลี้ยงประมาณ 50-55 ml/100 g ต่อนาที ถ้าเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยกว่า 30-35 ml/100 g ของเนื้อเยื่อสมอง/นาที จะทำให้สมองเกิดการขาดเลือด (Ischemia) ดังนั้นเซลล์จะเปลี่ยนจากกระบวนการใช้ออกซิเจนเป็นไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้เกิดกรดแลคติก (lactic acid) ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของกรดต่าง เมื่อเซลล์ผลิตพลังงานไม่ได้ ทำให้เกิดความไม่สมดุลของ

อิเล็กโทรไลต์ และการทำหน้าที่ของเซลล์เมมเบรนเสียไป เกิดอนุมูลอิสระ เซลล์บวมและแตก เกิดการตายของเซลล์ หากเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยกว่า 20 ml/100 g ของเนื้อเยื่อสมอง/นาที จะเกิดการตายของเนื้อเยื่อสมอง (infarction) ซึ่งถ้ามีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง (18 ml/100 g ต่อนาที) เซลล์ประสาทจะไม่ทำงาน แต่ยังสามารถฟื้นตัวกลับมาได้ถ้าได้รับเลือดไปเลี้ยงทันเวลา แต่ถ้าปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลงมากกว่า 8 ml/100 g ต่อนาที เซลล์ประสาทก็จะตาย เรียกบริเวณที่สมองขาดเลือดและหยุดทำงานชั่วคราวแต่ยังไม่ตายว่า ischemic penumbra คือมีเลือดไปเลี้ยงสมองระหว่าง 8-18 ml/100 g ต่อนาที และถ้าเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยกว่า 15 ml/100 g ของเนื้อเยื่อสมอง/นาที จะเกิดเนื้อเยื่อสมองตายเป็นปริมาณมาก (massive infarction) (รัตนภรณ์ คงคา และวันเพ็ญ ภิญญาภาสกุล, 2552 ; พรภัทร ธรรมสโรช และเพิ่มพันธุ์ ธรรมสโรช, 2553) เมื่อหลอดเลือดในสมองมีการแตก ตีบหรืออุดตัน จะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดภาวะสมองตายหรือไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ส่งผลให้อวัยวะที่สมองส่วนนั้นควบคุมจึงหยุดการทำงานและสูญเสียสมรรถภาพ เกิดอาการอ่อนแรงและมีการรับรู้สึกผิดปกติ (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550)

1.4 การแบ่งกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองตามความผิดปกติที่เกิดขึ้น (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552)

1.4.1 กลุ่มโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด หรือโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) พบร้อยละ 70-80

- 1) มีอาการผิดปกติเกิดนานกว่า 24 ชั่วโมง เรียกว่า Ischemic stroke
- 2) มีอาการผิดปกติในช่วงเวลาสั้นกว่า 24 ชั่วโมงแล้วอาการกลับเป็นปกติ

เรียกว่า transient ischemic stroke (TIA)

1.4.2 กลุ่มโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง หรือโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) พบร้อยละ 20-30

1.5 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองจะเกิดอาการขึ้นอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาสั้น ซึ่งลักษณะอาการสำคัญคือ เป็นค่อนข้างเร็ว กะทันหัน ภายในเวลาเป็นนาที หรืออาจเกิดขึ้นหลังตื่นนอนโดยที่ก่อนเข้านอนยังปกติดีอยู่ (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550) ผู้ป่วยอาจมีอาการเลวลงค่อยเป็นค่อยไป หรืออาจมีอาการดีขึ้นแล้วเลวลงในภายหลัง โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีความบกพร่องทางระบบประสาทเฉพาะจุด เช่น hemiparesis, hemianesthesia, aphasia, hemi-spatial neglect, conjugate gaze palsy หรือ homonymous hemianopia เป็นต้น (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552)

1.5.1 อาการโดยทั่วไป อาการอาจมีตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงมาก บางครั้งอาจมีหลายอาการเกิดขึ้นพร้อมกัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรง และตำแหน่งของสมองส่วนที่ขาดเลือดนั้น ซึ่งอาการโดยทั่วไปมีดังนี้คือ อาการชาบริเวณหน้า แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอย่างเฉียบพลัน อาการสับสน การมองเห็นผิดปกติหรือแปลภาพที่เห็นไม่ชัด มีปัญหาการทรงตัว การทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อเกร็ง อาการอ่อนแรงหรือสูญเสียการเคลื่อนไหวที่แขน ขา ซีกใดซีกหนึ่ง อาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง ควบคุมลิ้นไม่ได้ ซึมเศร้า บุคลิกภาพเปลี่ยน ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด พูดอ้อแอ้ ไม่เข้าใจภาษา ไม่เข้าใจคำพูดผู้อื่น ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ สูญเสียความรู้สึกลึกทางประสาทสัมผัสหมดสติ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550 อ้างถึงใน รัตนภรณ์ คงคา และวันเพ็ญ ภิญญาสาสกุล, 2552)

1.5.2 อาการตามตำแหน่งพยาธิสภาพในสมองส่วนที่เป็นปัญหา ได้แก่ (ชูลีพร เซาว์นเมธากิจ และคณะ, 2550; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550)

- 1) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกซ้าย สมองซีกซ้ายทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายซีกขวา การพูดและภาษา หากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายจะมีอาการอ่อนแรงข้างขวา บางคนพูดไม่ได้แต่ฟังรู้เรื่อง ถ้าเป็นมากจะไม่สามารถฟังและพูดได้
- 2) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกขวา สมองซีกขวาทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายซีกซ้าย การกระระยะและตำแหน่ง หากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวาจะมีอาการอ่อนแรงข้างซ้าย บางคนไม่สามารถติดกระดุมเสื้อหรือใส่เสื้อได้ หรือผูกเชือกทรงทำไม่ได้
- 3) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองน้อย สมองน้อยทำหน้าที่การทรงตัว การประสานงานของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพส่วนนี้จะมีการทรงตัวไม่ได้ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน
- 4) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ก้านสมอง ก้านสมองเป็นทางผ่านของเส้นประสาทที่นำคำสั่งจากสมองไปยังร่างกาย ควบคุมการหายใจ ความดันเลือด การเต้นของหัวใจ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพส่วนนี้จะมีการอ่อนแรงแขนขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง

1.5.3 ความรุนแรงของอาการของโรคหลอดเลือดสมองอาจแบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้ (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550)

- 1) อาการน้อย เป็นในผู้ที่มีหลอดเลือดสมองขนาดเล็กแตก ตีบ หรืออุดตัน เซลล์สมองยังไม่เกิดการทำลาย ซึ่งสมองจะขาดเลือดช่วงเวลาสั้นๆ ทำให้เกิดอาการเป็นวินาที

นาที่ หรือชั่วโมง แต่ไม่เกิน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงที่แขนอย่างเดียว ขา
อย่างเดียว การเคลื่อนไหวช้าลง มุมปากตก ความจำเสื่อมชั่วคราว พูดไม่ชัด เป็นต้น

2) อาการปานกลาง หรืออัมพฤกษ์ เกิดจากเซลล์สมองถูกทำลายบางส่วน
แต่ไม่ทั้งหมด หลังจากการรักษาอาการอาจดีขึ้นภายใน 3-6 เดือน อาการจะเกิดขึ้นทันทีทันใด มี
กล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียการทรงตัว สูญเสียความทรงจำ มีอาการตามัวครึ่งตาหรือมิดไปข้าง
หนึ่ง สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ และจะมีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย เช่น หงุดหงิด
มากกว่าปกติ หรือซึมเศร้า

3) อาการรุนแรง หรืออัมพาต เกิดจากเซลล์สมองถูกทำลายอย่างถาวร
ผู้ป่วยจะมีอาการแขนและขาอ่อนแรง พูดไม่ได้ สูญเสียการทรงตัว กล้ามเนื้อหน้าทำงานไม่เท่ากัน
หนังตาตก กลอกตาไม่ได้ กลืนอาหารลำบาก สูญเสียความทรงจำ เป็นต้น

1.6 ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้ 2 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

(กิงแกว่ ปาจารย์, 2547; นิจศรี ชาญณรงค์, 2543; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550)

1.6.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (nonmodifiable risk factors)

1) อายุ อายุเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุด โดยพบว่าผู้ที่มีอายุ
มากกว่า 65 ปี มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด
สมองจะเพิ่มขึ้น 2 เท่าของทุกๆ 10 ปีที่อายุมากขึ้นตั้งแต่อายุ 55 ปี

2) เพศ จะพบโรคหลอดเลือดสมองในเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่
เนื่องจากเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย จึงพบว่าในการศึกษาบางแห่งจะมีอัตราความชุก
ของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าชาย

3) เชื้อชาติ คนผิวดำมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว
นอกจากนั้นตำแหน่งของพยาธิสภาพของหลอดเลือดมีความแตกต่างกันตามเชื้อชาติโดยพบว่าคน
ผิวขาวมักมีหลอดเลือดตีบบริเวณ carotid artery ส่วนคนเอเชียมักจะมีหลอดเลือดในสมองตีบ
(intracranial arteries)

4) พันธุกรรม ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความ
เสี่ยงในการเป็นโรคนี้นี้มากกว่าคนทั่วไป

1.6.2 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (modifiable risk factors)

1) ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ
อันดับสองของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรองจากอายุ โดยความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง
จะมีความสัมพันธ์ทางตรงกับสัดส่วนของความดันโลหิต เป็นความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องและเป็นอิสระ

จากปัจจัยอื่น ซึ่งการลดความดันโลหิตเพียงเล็กน้อยก็มีผลในการป้องกันและลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมาก

2) โรคหัวใจ เป็นสาเหตุสำคัญโดยตรงอีกอย่างหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหัวใจวาย หัวใจเต้นผิดปกติ ลิ้นหัวใจตีบ จะมีการเต้นของหัวใจผิดปกติ ทำให้เลือดไม่ถูกสูบฉีดออกไปกลายเป็นลิ่มเลือดในหัวใจ มีการหลุดของ emboli จากหัวใจไปอุดตันที่หลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) จะมีโอกาสเกิดลิ่มเลือดหลุดไปที่หลอดเลือดสมอง

3) โรคเบาหวาน โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในกลุ่ม lacunar infarction และ atherosclerosis ของหลอดเลือดใหญ่ แต่ผลการรักษาโรคเบาหวานด้วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนั้นยังไม่มีการศึกษาที่แน่ชัด ผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2-4 เท่าของคนปกติ

4) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ของโรคไขมันในเลือดกับโรคหลอดเลือดสมองยังไม่เป็นที่สรุปแน่ชัด อาจเกิดจากที่โรคหลอดเลือดสมองตีบเกิดจากพยาธิสภาพได้หลายประเภท ทั้งกลุ่มที่เป็น emboli, lacunar disease และ atherosclerosis โดยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติน่าจะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองจาก atherosclerosis เป็นสำคัญ จากการศึกษาที่ไขมันตกตะกอนในผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่นจึงแตกได้ง่าย

5) การสูบบุหรี่ ในผู้ที่สูบบุหรี่จะพบโรคหลอดเลือดสมองได้ทั้งหลอดเลือดสมองตีบ, หลอดเลือดสมองแตก และ subarachnoid hemorrhage ส่วนกลไกที่ทำให้การสูบบุหรี่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอาจเกี่ยวกับการเกิด atherosclerosis เพราะสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดแดงเกร็ง ลดความยืดหยุ่นของหลอดเลือด เพิ่มระดับไฟบริโนเจน และเพิ่มการเกาะตัวของเกร็ดเลือด ส่งผลให้หัวใจทำงานหนักและมีความดันโลหิตเพิ่มขึ้น โดยผู้ที่สูบบุหรี่จะมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2 เท่าของคนปกติ และผู้ที่ใกล้ชิดกับคนที่สูบบุหรี่ก็จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วย

6) การดื่มสุรา มีการศึกษาในระยะหลังพบว่า ผลของแอลกอฮอล์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนั้นขึ้นอยู่กับปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไป โดยผู้ที่ดื่มปริมาณปานกลางจนถึงดื่มจัดจะมีอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติ ส่วนผู้ที่ดื่ม

ปริมาณน้อยอาจช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาผลของการหยุดดื่มสุราต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

7) ภาวะ Asymptomatic carotid stenosis การตีบของหลอดเลือด carotid บริเวณคอจะพบมากในชาวตะวันตก แต่อุบัติการณ์ในประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลแน่ชัด

1.7 ความบกพร่องที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (กฤษณา พิวเวช, 2552)

1.7.1 ความบกพร่องด้านการกำหนดรู้ (Cognitive Impairment) ความบกพร่องในการกำหนดรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การขาดสมาธิ ความจำบกพร่อง ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาการสื่อสาร การละเลยส่วนของร่างกาย หรือสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อน เป็นต้น

1.7.2 ความบกพร่องด้านการรับรู้ (Perceptual Impairment) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีปัญหาในการรับรู้ และการแปลความหมายของสิ่งที่มากระตุ้นระบบการรับรู้ความรู้สึก โดยที่ผู้ป่วยไม่มีการสูญเสียการทำงานของระบบประสาทรับความรู้สึกและระบบประสาทสั่งการ มักพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองส่วน nondominant parietal lobe ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้หรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นด้านตรงข้ามกับสมองส่วนที่มีพยาธิสภาพ หรือละเลยส่วนของร่างกายซีกซ้าย (left side neglect)

1.7.3 Motor Apraxia คือ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างคล่องแคล่วและมีประสิทธิภาพ โดยที่ไม่มีการสูญเสียการทำงานของระบบประสาทรับความรู้สึก ระบบประสาทการเรียนรู้ และระบบประสาทสั่งการ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือไม่สามารถทำงานที่สั่งได้ หรือสามารถทำได้แต่ค่อนข้างช้า

1.7.4 ความบกพร่องด้านการสื่อสาร แบ่งออกเป็น

1) ความบกพร่องด้านการพูดและเสียง (speech/articulation disorder) เป็นความบกพร่องที่เกิดจากการเปล่งเสียงผิดปกติ เช่น ระบบการออกเสียงผิดปกติ พูดไม่ชัด จังหวะการพูดผิดปกติ และขาดความคล่องตัวในการพูด ลักษณะที่พบบ่อยได้แก่

2) Dysarthria, slurred speech เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ปาก ลิ้น ฆากรรไกร เพดาน กล่องเสียง ให้ทำงานประสานกันเพื่อให้การพูดเป็นไปอย่างปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติในการเคี้ยวและการกลืนด้วย

3) Apraxia ผู้ป่วยไม่สามารถใช้อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูดในการเริ่มออกเสียงเป็นคำพูดได้ ทั้งที่ไม่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูด

4) Dysphonia เกิดจากผู้ป่วยมีความผิดปกติของเส้นเสียง (vocal cord) หรือกล้ามเนื้อที่ควบคุมสายเสียงมีอาการอ่อนแอทำให้ไม่มีเสียงพูดออกมา

1.7.5 ความบกพร่องด้านการสื่อสาร (language disorder) เป็นความบกพร่องของความสามารถในการรับรู้ ความเข้าใจ การแสดงออก หรือการใช้ภาษาที่ถูกต้องที่เหมาะสมในการพูด การอ่าน การเขียน การแปลความหมายจากการอ่านหรือได้ยิน ซึ่งเรียกว่า aphasia จะพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองข้างที่เด่น (dominant hemisphere) ความบกพร่องด้านการเขียน เรียกว่า agraphia และความบกพร่องด้านการอ่าน เรียกว่า alexia

1.7.6 ความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ (Motor Impairment) สามารถประเมินความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการได้จาก muscle tone, strength, coordination และ balance ผู้ป่วยที่สูญเสียการทรงตัว (balance, coordination) อาจเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการ ระบบประสาทรับความรู้สึก โดยมักพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพส่วน cerebellum หรือมี vestibular dysfunction การสูญเสียการทรงตัวส่งผลต่อการยืน และเดิน จึงทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการลื่นล้ม

1.7.7 ความบกพร่องของประสาทสัมผัส (Peripheral Sensory Deficit) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความรู้สึกสัมผัส เช่น touch, pain, temperature, vibration และ joint position ซึ่งความผิดปกติจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตำแหน่งของพยาธิสภาพ ทำให้มีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันและการเดินของผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่การทำงานของระบบประสาทสัมผัสมักฟื้นตัวภายในเวลา 2-3 เดือน ผู้ป่วยที่ล้มพาดครึ่งซีกบางรายที่มีพยาธิสภาพที่ thalamus หรือ spinothalamic tract จะแปลผลการสัมผัสต่างๆออกมาในรูปของความเจ็บปวด (thalamic pain) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะบ่นถึงเรื่องความเจ็บปวด ความหนาวเย็น ความร้อน หรืออื่นๆ ที่เป็นความรู้สึกที่ไม่น่าพึงพอใจ (Kelly, 1985 cited in Bronstein, Popovich and Stewart-Amidei, 1991) ผู้ป่วยจะบอกว่าเป็นความปวดที่ไม่เหมือนกับที่เคยเป็นมาก่อน และมีอารมณ์รุนแรงที่เกิดจากความปวดอยู่บ่อยๆ (Bronstein et al, 1991)

1.7.8 ความบกพร่องด้านการกลืน (Dyphagia) เป็นความบกพร่องที่พบได้ประมาณร้อยละ 30-65 หลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการได้แก่ มีอาหารค้างอยู่ในปากหรือลำคอ จนถึงการไม่สามารถกลืนอาหารหรือน้ำได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับว่ามีปัญหาในระยะเวลาใดของการกลืน โดยความบกพร่องด้านการกลืนจะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ซึ่งมักจะพบในผู้ป่วยที่มี delay reflex pharyngeal swallow และมี pharyngeal transit time ช้าลง และปัจจัยอื่นๆประกอบด้วย การเคลื่อนไหวของปากและลิ้นช้าลง การรับความรู้สึก

ลดลง unilateral neglect มี pooling ของ pharyngeal residue ภายใน vellicula และ pyriform sinus, cricopharyngeal dysmotility หรือมีการลดลงของ laryngeal elevation

1.7.9 ความบกพร่องด้านการควบคุมการขับถ่าย (Uninhibited Bladder and Bowel) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะโดยเฉพาะในระยะเฉียบพลัน ร่วมกับที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการกำหนดรู้ การควบคุมการเคลื่อนไหว และการสื่อสาร ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะกะปริดกะปรอย พบได้ในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ frontal lobe และ bilateral hemisphere ส่วนการกลั้นอุจจาระไม่ได้มักพบไม่บ่อย เกิดจากการที่ไม่สามารถยับยั้ง reflex rectal emptying ได้ เนื่องจากการขาดการยับยั้งจากสมอง ซึ่งมักจะพบในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ หรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้

1.7.10 ความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ประมาณร้อยละ 58 ซึ่งส่วนใหญ่จะมี libido ลดลง มักมีสาเหตุจากภาวะทางจิตใจ และอารมณ์ เช่น ความกังวล ความกลัว บางรายมีสาเหตุทางร่างกาย เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อเกร็ง หรือปัสสาวะกะปริดกะปรอย ทำให้ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ

1.8 ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว พบว่าผู้ที่รอดชีวิตประมาณ 1 ใน 3 มักมีความพิการถาวร แต่มีผู้ป่วยราวร้อยละ 70-80 ที่ฟื้นฟูสภาพจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจะมีปัญหาความสัมพันธ์ของการทำงานของร่างกายในส่วนต่างๆ การตัดสินใจ หรือพฤติกรรม (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550) อาการของโรคเรื้อรังมักเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความจำเป็นในการรักษาทางยา รบกวนแบบแผนการอยู่อาศัย และมีความจำเป็นสำหรับบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต ซึ่งผลที่ตามมาทางด้านลบของโรคเรื้อรังประกอบด้วยความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย การสูญเสีย ความวิตกกังวล ความเศร้าโศก ภาวะซึมเศร้า ความบกพร่องในการทำหน้าที่ และการเพิ่มภาระในการพึ่งพาครอบครัวหรือเพื่อนที่จะมาสนับสนุนผู้ป่วย (Touhy and Jett, 2010) สอดคล้องกับที่สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ (2543) กล่าวว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยด้านร่างกายจะเกิดความสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ทำให้ไม่สุขสบาย เจ็บปวด มีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ในด้านจิตใจจะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงจากการพึ่งพาผู้อื่น มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า หมดหวัง มีสถานภาพและบทบาทในสังคมและครอบครัวลดลง

1.8.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับผลกระทบทางร่างกายจากอัมพาตหรืออาการอ่อนแรงที่ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย ส่งผลให้เกิดปัญหาความเคลื่อนไหวและการทรงตัวตามมา ปัญหาด้านการสื่อสารและการแปลความหมายจะส่งผลกระทบต่อการพูด การเข้าใจ การอ่าน หรือการเขียน ส่วนปัญหาการกลืนจะพบได้ประมาณร้อยละ 40 นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านเขาวนปัญญา ปัญหาการมองเห็น ภาวะซึมเศร้า และการควบคุมการขับถ่าย ซึ่งผู้ป่วยในทุกช่วงวัยจะต้องสามารถปรับตัวหรือเอาชนะสภาพร่างกายที่มีความทุพพลภาพได้เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา (Watson, 2010)

ปัญหาด้านร่างกายที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คือ อัมพาต การเกร็งของกล้ามเนื้อ และการทรงตัวผิดปกติ ผู้ป่วยยังมีปัญหาด้านการพูด หรือพูดไม่ชัด มีปัญหาด้านการกลืน ซึ่งผู้ป่วยจะเคี้ยวและกลืนลำบาก อาจทำให้เกิดการสำลักขณะรับประทานอาหารได้ นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านเขาวนปัญญา เช่น หลงลืม หรือ ขาดสมาธิ และปัญหาด้านร่างกายนี้เกี่ยวข้องกับระบบการขับถ่าย เช่น อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ท้องผูก (Stanley and Gauntlett, 1999 อ้างถึงใน สุจรรยา โลหาชีวะ, 2548) ผลกระทบระยะยาวของโรคหลอดเลือดสมองนั้นอาการต่างๆจะขึ้นอยู่กับชนิด, ความรุนแรง และบริเวณที่ได้รับผลกระทบ และยังพบว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Touhy and Jett, 2010)

1.8.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านร่างกาย ภาวะพิการ และการดำเนินชีวิตยังต้องพึ่งพิงผู้อื่น ผลกระทบด้านจิตใจจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งสำคัญ ส่งผลให้เกิดความเครียด ความกังวล และความกลัวต่อความไม่แน่นอน ดังนั้นผู้ป่วยจะสูญเสียเป้าหมายในชีวิต และขาดความมั่นใจในตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง มีความรู้สึกไม่แน่นอน และสูญเสียการควบคุมร่างกาย (Hilton, 2002 อ้างถึงใน สุจรรยา โลหาชีวะ, 2548; Welch, 2008) โดยอารมณ์วิตกกังวลอาจจะพบได้ในระยะแรก เนื่องจากความไม่รู้ ไม่เข้าใจว่าตนเองป่วยด้วยโรคอะไร สาเหตุจากอะไร รักษาอย่างไรและจะหายหรือไม่ ค่าใช้จ่ายในการรักษามากน้อยเพียงใด ซึ่งจะแสดงออกทางร่างกาย คือ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ส่วนอารมณ์เศร้าเกิดจากการที่ความเจ็บป่วยคงอยู่เป็นเวลานาน จึงเกิดการเบื่อหน่าย ผิดหวัง แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ซึมเศร้า ท้อแท้ คิดว่าตนเองเป็นภาระ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550) ซึ่งภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีอัตราการความชุกเปลี่ยนแปลงขึ้นจากร้อยละ 3 เป็นร้อยละ

ละ 79 (Kneebone and Dunmore, 2000 cited in Welch, 2008) และภาวะซึมเศร้านี้อาจจะมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

นอกจากนั้นผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง โดยพฤติกรรมต่อต้านพบมากในผู้สูงอายุ ซึ่งจะปฏิเสธการดูแลจากคนอื่น ไม่ยอมรับประทานยาหรือฉีดยา ไม่ยอมให้ช่วยเหลือ นอกจากนั้นผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมถดถอย ก้าวร้าว เอาแต่ใจ มีพฤติกรรมนอนไม่หลับ หรือมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง ไม่กล้าเดินทาง ไม่กล้าทำงาน ไม่อยากตกอยู่ในสภาพการเจ็บป่วยจึงหลีกเลี่ยงไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ไม่ยอมรับประทานยาตามกำหนด (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550)

1.8.3 ผลกระทบด้านสังคม

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องนอนแต่บนเตียงหรือต้องอยู่แต่ในบ้าน เนื่องจากมีปัญหาคือเคลื่อนไหว ทำให้ต้องแยกตัวออกจากสังคม ส่งผลให้มีบทบาทในสังคมลดลง (ทศพร คำผลศิริ, 2548) ซึ่งการฟื้นฟูสภาพเป็นเป้าหมายที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด โดยผู้ป่วยที่ผลการฟื้นฟูสภาพจะได้ผลดีนั้นควรจะได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว และสังคมที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550)

การเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกายจากภาวะทุพพลภาพจะเป็นสาเหตุให้เกิดความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองจากการที่ต้องมีเปลี่ยนแปลงบทบาทจากเดิมไปพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยยังไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ จึงเกิดความรู้สึกแยกตัวจากครอบครัวและเพื่อน รู้สึกโดดเดี่ยว และท้ายสุดจะสูญเสียเป้าหมายในชีวิตและจิตวิญญาณของตนเอง (Stanley and Gauntlett, 1999; Hilton, 2002 อ้างถึงใน สุจรรยา โลหะชีวะ, 2548)

1.9 การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552)

1.9.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) เป็นการป้องกันการเกิดและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่จะนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กระทำโดยการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีตามพื้นฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละคน

1.9.2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) เป็นการป้องกันการลุกลามของพยาธิสภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว กระทำโดยการตรวจสุขภาพเพื่อตรวจหาและดูแลรักษาพยาธิสภาพในระยะแรกให้ได้มากที่สุด เช่น การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (recurrent stroke)

1.9.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) เป็นการป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว และเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นบ่อย เช่น การดูแลระยะเฉียบพลัน การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีให้นานที่สุด

เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินชีวิตด้วยความยากลำบาก ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งด้านร่างกาย สังคม และจิตอาารมณ์ ซึ่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมนี้เป็นคุณลักษณะที่สำคัญของคุณภาพชีวิต จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตต่ำ ดังนั้นการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย สังคม และจิตอาารมณ์ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ปัจจุบันคุณภาพชีวิตถือเป็นดัชนีสถานะสุขภาพที่สำคัญเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีและสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลง ทำให้การมองสุขภาพได้ถูกเปลี่ยนแปลงจากเดิมคือ สุขภาพดี คือ การมีชีวิตรอด ซึ่งนำมาเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการมีความสุข คือ การมีความสุขสมบูรณ์ทางด้านสังคม อาารมณ์ และคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย การรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือรักษา และความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ซึ่งสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคนในขณะนั้น (พรพชร กิตติเพ็ญกุล, 2550)

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ซับซ้อน ประกอบด้วย ความผาสุกด้านร่างกาย อาารมณ์ และสังคม ซึ่งภาวะสุขภาพก็เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของแนวคิดนี้ (Dayapoglu and Tan, 2010) คำว่าคุณภาพชีวิตอาจมีความใกล้เคียงกับคำอื่นๆ เช่น สุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก และภาวะสุขภาพ แต่ไม่สามารถใช้แทนกันได้ คุณภาพชีวิตมีมิติที่หลากหลาย ซึ่งแต่ละมิติอาจเชื่อมโยงกันได้ เช่น มิติด้านสุขภาพร่างกายอาจมีผลต่อมิติด้านสังคมและส่งผลต่อมิติด้านจิตใจ ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมลดลง องค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตมีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม องค์ประกอบด้านรูปธรรม ประกอบด้วยภาวะสุขภาพโดยทั่วไป สภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย และสภาพเศรษฐกิจและสังคม องค์ประกอบด้านนามธรรมธรรม ประกอบด้วยความรู้สึก

ของบุคคล และประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล เช่น ความพึงพอใจในชีวิต และความมั่นใจตนเอง ซึ่งคุณภาพชีวิตของแต่ละคนอาจจะแปรผันไปตามเวลา อายุ เพศ เชื้อชาติ วัฒนธรรม ความเจ็บป่วย สถานะทางการเงิน และสังคม (Lau and Mckenna, 2001)

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่ดีเด่นของบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

WHOQOL group (1995 cited in Mandzuk and McMillan, 2005) ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อชีวิตของตนเองในด้านความเป็นอยู่และความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานของบุคคล ตามบริบทของวัฒนธรรมและระบบค่านิยม โดยสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ ความเชื่อส่วนบุคคล และความสัมพันธ์กับสังคม เป็นปัจจัยที่สำคัญของคุณภาพชีวิต

2.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (Lau and Mckenna, 2001)

2.2.1 ความผาสุกด้านร่างกาย เกี่ยวข้องกับ อาการเวียนศีรษะ ความกระตือรือร้น และความเหนื่อยล้า การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ การมองเห็นและการได้ยิน อัมพาต และการทำงานประสานกัน และการกลืนลำบาก

2.2.2 ความผาสุกด้านความสามารถในการทำกิจกรรม ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เวลารว่าง และการมีกิจกรรมทางเพศ

2.2.3 ความผาสุกด้านจิตใจ ประกอบด้วย ความผาสุกทางอารมณ์ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความคิดของตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความรู้สึกรับผิดชอบ การเผชิญปัญหา ความพึงพอใจในชีวิต และการคิดรู้

2.2.4 ความผาสุกด้านสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในสังคม

2.2.5 ความผาสุกด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วย การเงิน และที่อยู่อาศัย

2.2.6 ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย ความเชื่อทางจิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครอบคลุมมิติสำคัญ คือ ด้านสุขภาพร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรม ด้านสุขภาพสังคม และด้านสุขภาพจิตใจ ซึ่งอาจเรียกว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) (Lau and Mckenna, 2001) ถึงแม้ว่าคำว่าคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะมีความหมายที่แตกต่างกัน แต่บางครั้งเมื่อพูดถึงคำใดคำหนึ่งก็อาจมีความหมายทั้งสองอย่างในคำเดียวกันได้ (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554)

2.3 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านโรคกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาของสุปราณี แดงวงษ์, สมพันธ์ หนีญชีระนันท์, ฝ่องศรี ศรีมรกต และศากุล ช่างไม้ (2548) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร พบว่าเพศ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่ระดับการศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของมาลี เลิศมาลีวงศ์ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2538) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่การศึกษาของพรพชร กิตติเพ็ญกุล (2550) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ ความรู้สึกลำบากใจของผู้ดูแล สถานภาพสมรสของผู้ดูแล และระดับความพิการ

Carod-Artal, Trizotto, Coral and Moreira (2009) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองชาวบราซิล ผลการศึกษาพบว่าผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวระดับรุนแรง มีภาวะทุพพลภาพ การทำหน้าที่ของร่างกายและอารมณ์แย่งจะมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพลดลง จึงสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าจากโรคหลอดเลือดสมองและภาวะทุพพลภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชาวบราซิล

Dayapoglu and Tan (2010) ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยอื่นๆ เช่น การทำหน้าที่ของร่างกาย ความผาสุก การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งคุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์กับอายุ เพศ ระดับการศึกษา ลักษณะความเป็นอยู่ ภาวะโรคร่วม รอยโรคในสมอง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับการศึกษาของผู้ดูแล

Singhpoo et al. (2009) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และความรุนแรงของโรค โดยผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ มีระดับการศึกษาน้อย ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้น้อย และมีความรุนแรงของโรคในระดับสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

Ellis, Grubaugh and Egede (2011) ศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านสังคมประชากร ภาวะโรคร่วมและความพิการจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบที่แตกต่างกันต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Singhpoo et al. (2011) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 63.7 ปี พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ได้แก่ เพศชาย ระดับการศึกษาที่สูงกว่าปริญญาตรี และการว่างงาน ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความรุนแรงของโรค สามารถสรุปได้ว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระดับความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Kim et al., 1999 cited in Tariah, Hersch and Ostwald, 2006) ส่วนปัจจัยที่มีผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ข้อจำกัดด้านร่างกาย อารมณ์ การคิดรู้ การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และอารมณ์ ความยากลำบากทางร่างกายและจิตใจ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกหมดหวัง การหมดหนทาง ความวิตกกังวล และการเปลี่ยนแปลงของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Ahlsio et al., 1984; Niemi et al., 1988; Kim et al., 1999; Smout et al., 2001; Mackenzie & Chang, 2002; Lau et al., 2003 cited in Tariah, Hersch and Ostwald, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าอายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะโรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค และความสามารถในการทำกิจกรรม ล้วนเป็นปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านโรคที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจที่ดีของการรับรู้ของบุคคลต่อคุณภาพชีวิตและการปรับตัวเมื่อ

เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดูแลที่ดีกว่าเดิม (de Haan et al., 1993 cited in Widar et al., 2004)

2.4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักมีคุณภาพชีวิตลดลงกว่าเดิม เนื่องจากต้องเผชิญกับความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคม ที่เป็นผลมาจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่ง Clarke et al. (2002 อ้างถึงใน ทศพร คำผลศิริ, 2548) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความผาสุกต่ำกว่า มีข้อจำกัดด้านร่างกายและสติปัญญามากกว่า มีสุขภาพจิตแย่กว่า และมีจำนวนโรคอื่นที่เป็นร่วมด้วยมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Dayapoglu and Tan (2010) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยในระดับต่ำ

Gunaydin, Karatepe, Kaya, and Ulutus (2010) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชากรทั่วไป ซึ่งปัจจัยหลักที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต คือความสามารถในการทำหน้าที่ ดังนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายจะช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

Levasseur, Tribble and Desrosiers (2009) ศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ภาวะสุขภาพ ชีวิตส่วนตัว และพฤติกรรม มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างจะแตกต่างกันตามระดับความสามารถและคุณภาพชีวิต แสดงให้เห็นว่าการปรับตัวต่อภาวะทุพพลภาพมีบทบาทสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมในสังคม และสิ่งแวดล้อมจึงเป็นสิ่งสำคัญ

Lee et al. (2009) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวจีนในช่วงเวลา 1 เดือนถึง 6 เดือน หลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตไม่เปลี่ยนแปลงในช่วง 1 เดือน และมีคุณภาพชีวิตลดลงช่วง 6 เดือนหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ 6 เดือน ได้แก่ ระดับความวิตกกังวลกับภาวะสุขภาพ การคิดรู้ และข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงจำเป็นต้องสังเกตอาการแสดงของความบกพร่องของการคิดรู้และความต้องการด้านอารมณ์ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเช่นเดียวกับการดูแลในระยะยาวเพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

Singhpoo et al. (2009) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ประเมินโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-36 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองมีคุณภาพชีวิตค่อนข้างดีในทุกด้าน โดยด้านที่ดีที่สุด คือ ด้านสุขภาพจิต รองลงมาคือด้าน บทบาทหน้าที่ที่ถูกจำกัดเพราะปัญหาสุขภาพจิต ส่วนด้านที่ไม่ดีที่สุด คือ ด้านความมีชีวิตชีวา พลังกำลังหรือเหนื่อยล้า หมดกำลังใจ และด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไปที่มีผลต่อความรู้สึกว่าตัวเอง แ่ย่ง หรือรู้สึกเหนื่อยและหมดแรง ซึ่งจากการศึกษานี้ได้เสนอให้มีการจัดทีมดูแลสุขภาพผู้ป่วย นอกโรคหลอดเลือดสมองโดยเน้นการช่วยเหลือทางอารมณ์และความรู้สึก

Shyu, Maa, Chen and Chen (2008) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมองในประเทศไต้หวันหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาลมาแล้ว 1 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหา ด้านข้อจำกัดทางร่างกายดีขึ้นในช่วง 1 ปีที่ออกจากโรงพยาบาล มีความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันดีขึ้นในช่วง 3 เดือนแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาล และมีความสามารถในการ ทำหน้าที่ทางร่างกายดีขึ้นในช่วง 3-6 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นในช่วง 1 ปีแรก โดยเฉพาะช่วง 3 เดือนแรกหลังจากผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นช่วงเวลา สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไต้หวันมีคุณภาพชีวิตและการทำ หน้าที่ทางร่างกายที่ดีขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้สูงอายุ มีปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมักมี คุณภาพชีวิตลดลงจากเดิมเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุทั่วไป

2.5 บทบาทพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

สุขภาพดีเป็นส่วนสำคัญของคุณภาพชีวิต สุขภาพดีเกิดขึ้นได้แม้มีโรคประจำตัวเรื้อรัง โดยเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุ คือการพัฒนาคุณภาพชีวิตมากกว่าการยืดชีวิต การประเมินภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายและต้องประเมินอย่างเป็นระบบ โดยประเมินทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และความสามารถในการทำหน้าที่ เพื่อนำมาวางแผนการดูแล และช่วยให้มี การดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งการประเมิน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตที่สำคัญ โรคเรื้อรังที่เป็น ปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาว นำไปสู่ปัญหาความต้องการการพึ่งพา ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ซึ่งกิจกรรมที่จะทำให้ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น การส่งเสริมให้พึ่งพาตนเองอย่างเหมาะสมจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญ (สุปรีดา มั่นคง, 2549)

เมื่อมีภาวะทุพพลภาพเกิดขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เหมือนเดิม ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีภาวะพิการทางร่างกาย วิถีชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนไป มีความรู้สึก

ท้อแท้ ถดถอย สิ้นหวัง ซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษาฟื้นฟู (สมเกียรติ เหมตะศิลป์, 2551) ดังนั้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงมีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งในภาวะสุขภาพดี ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน และภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทั้งในสถานบริการสุขภาพและชุมชน ให้บริการสุขภาพทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา เพื่อป้องกันการเสื่อมสภาพและช่วยฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถที่จะดำรงชีวิต ทำหน้าที่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพึ่งพาตนเองได้ (สุปรีดา มั่นคง, 2549) การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย การให้ความช่วยเหลือในหลายๆด้าน สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ให้การดูแลเป็นบุคคลที่สำคัญที่จะช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้คืนสภาพใกล้เคียงหรือเป็นปกติมากที่สุด พยาบาลมีส่วนร่วมช่วยเหลือให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้าใจสภาพของผู้ป่วย หากครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจากที่ผู้ป่วยผ่านวิกฤตของโรคได้ก็จะเป็นประโยชน์ และมีความพร้อมในการดูแล ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย และยังช่วยลดความเครียดทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลังจากผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (สิริรัตน์ สีสลาจรัส และจริยา วิรุฬราช, 2550) บุคลากรในทีมสุขภาพต้องมีการเตรียมผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างเหมาะสม เริ่มตั้งแต่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยจนกระทั่งกลับบ้าน ประกอบด้วยการฝึกฝนให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดตามศักยภาพที่มีอยู่ ส่งเสริมให้มีแบบแผนการดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับปกติ และช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีการปรับตัวด้านจิตใจและสังคมอย่างเหมาะสม เพื่อเสริมสร้างกำลังใจในการดำรงชีวิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว (สุปรีดา มั่นคง, 2549)

2.6 การประเมินคุณภาพชีวิต

แนวคิดของการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสอดคล้องกับแนวความคิดของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม หรือ การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ และการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ที่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่กับความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยมากขึ้น โดยมองผู้ป่วยจากการพิจารณาสิ่งต่างๆที่มีความสัมพันธ์และความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย ไม่ได้มองที่ตัวโรคเพียงอย่างเดียว (พรพนทิพา ศักดิ์ทอง, 2554) ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถประเมินได้จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป และแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค ข้อดีของการใช้แบบประเมินโดยทั่วไป คือ สามารถใช้ได้กับบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค ทำให้สามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกับคนปกติได้ แต่มีข้อจำกัด คือ อาจไม่ครอบคลุม

ปัญหาบางอย่างที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ส่วนแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค เป็นแบบประเมินที่เน้นผลกระทบของปัญหาที่เกิดขึ้นในโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ (ทศพร คำผลศิริ, 2548)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญ โดยการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือ การประเมินผลของโรค และการรักษา ว่ามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วย จากมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งประกอบด้วยมิติทางสุขภาพหลายด้าน เช่น สุขภาพทางร่างกาย สุขภาพทางจิตใจ สุขภาพทางสังคม ภาวะสุขภาพทั่วไป ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม นอกจากนี้ยังมีมิติอื่น ๆ อีก เช่น อาการปวด อาการของโรค การนอนหลับ การดำเนินชีวิต และความสามารถในการคิดวิเคราะห์และความจำ (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554) ซึ่งแบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-12 มีความครอบคลุมทั้ง 8 มิติเช่นเดียวกับแบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 โดยเวอร์ชันแรกถูกสร้างขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1994 และเวอร์ชันสองถูกสร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1998 คะแนนที่ได้ประกอบด้วยคะแนนด้านร่างกาย (PCS-12) และคะแนนด้านจิตใจ (MCS-12) แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-12 เวอร์ชันสอง ประกอบด้วย 8 มิติ ได้แก่ การทำงานด้านร่างกาย บทบาทด้านร่างกาย การเจ็บปวดของร่างกาย ภาวะสุขภาพทั่วไป ความมีชีวิตชีวาหรือความกระปรี้กระเปร่า การทำหน้าที่ทางสังคม บทบาทด้านอารมณ์ และ สุขภาพจิต มีคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน มีค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง 0.73-0.87 ในขณะที่คะแนนรวมด้านร่างกายมีค่าความเที่ยง 0.89 และคะแนนรวมด้านจิตใจมีค่าความเที่ยง 0.86 (McDowell, 2006)

แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-12 V2 เป็นแบบสอบถามฉบับย่อของแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต SF-36 ที่พัฒนาขึ้นในสหรัฐอเมริกาและมีการใช้กันอย่างแพร่หลายไปทั่วโลก เพื่อติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยแบบสอบถาม SF-12 จะใช้เวลาในการทำที่สั้นกว่ามากเนื่องจากมีคำถามทั้งหมด 12 คำถาม ในขณะที่ SF-36 มี 36 คำถาม โดยแบบสอบถาม SF-12 version 2 เป็นมาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ สามารถรายงานคะแนนตามมิติทางด้านสุขภาพทั้ง 8 มิติได้เหมือน SF-36 ในขณะที่ version 1 ทำไม่ได้ โดยทั้ง 8 มิติ ได้แก่ มิติด้านการทำงานด้านร่างกาย (Physical Functioning: คำถามข้อ 2 และ 3) บทบาทด้านร่างกาย (Role Physical: คำถามข้อ 4 และ 5) การเจ็บปวดของร่างกาย (Bodily Pain: คำถามข้อ 8) ภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health: คำถามข้อ 1) ความมีชีวิตชีวาหรือความกระปรี้กระเปร่า (Vitality: คำถามข้อ 10) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning: คำถามข้อ 12) บทบาทด้านอารมณ์ (Role Emotional: คำถามข้อ 6 และ 7) และ สุขภาพจิต (Mental Health: คำถามข้อ 9 และ 11) ซึ่งรายงานคะแนนรวมออกมาเป็น 2 คะแนนรวม ได้แก่ คะแนนรวมด้านร่างกาย (physical component scores: PCS) และคะแนนรวมด้านจิตใจ (mental component

scores: MCS) คะแนนจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนนโดยถ้าได้คะแนนมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า (วิชช์ เกษมทรัพย์ และคณะ, 2550)

ในประเทศไทยมีผู้นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-12 มาใช้ คือหุทัย คุณุทัตย์ และมยุรี ตั้งเกียรติกำจาย (2008) ประเมินผลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้แบบสอบถาม SF-12 ฉบับภาษาไทย จันทร์ทิรา เจียรณัย (2552) นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-12 V2 ไปใช้กับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ซึ่งแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .83 ส่วนมิติด้านร่างกายมีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .87 และมิติด้านจิตใจมีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81 นอกจากนี้วิชช์ เกษมทรัพย์ และคณะ (2550) นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-12 V2 ไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ สำหรับคำถามในมิติด้านร่างกายมีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .73 และคำถามในมิติด้านจิตใจมีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .77 ดังนั้นการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-12 V2 ที่แปลเป็นภาษาไทยและผ่านการนำมาแล้วโดยวิชช์ เกษมทรัพย์ และคณะ (2550) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบกับเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปสามารถวัดผลในมิติต่างๆและสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆได้

การมองปัญหาด้านร่างกายและจิตใจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Mackenzie and Chang, 2002 cited in Mandzuk and McMillan, 2005) ดังนั้นนอกจากการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแล้ว การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ก็เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา โดยความยืดหยุ่นเป็นความสามารถของบุคคลที่จะคงไว้หรือฟื้นคืนสภาพของสภาพจิตใจเมื่อต้องเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วย (Stewart and Yuen, 2011) ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่สำคัญและเป็นตัวกันชนที่ดีเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย ทำให้บุคคลสามารถยืดหยัดหรือดำเนินชีวิตต่อไปได้แม้จะได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวและส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาได้

3. แนวคิดเกี่ยวกับความยืดหยุ่น

การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุมักจะทำให้ความสนใจกับโรค ภาวะทุพพลภาพ และการคงไว้ซึ่งความผาสุกในชีวิต ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการคงไว้ซึ่งการมีความผาสุก คือ ความยืดหยุ่น (Hardy, Concato and Gill, 2004) ดังนั้น การมองปัญหาของผู้สูงอายุจำเป็นต้องนึกถึงแนวทางใหม่ๆเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีชีวิตชีวา และมีความยืดหยุ่น (Sorrell, 2008) ซึ่งบุคคลที่เจ็บป่วยหรือมีความบกพร่องด้านต่างๆก็สามารถมีความยืดหยุ่นได้ นั่นคือ ผู้ที่มีความบกพร่อง

ด้านร่างกายและด้านเชาวน์ปัญญาสามารถที่จะมีความยืดหยุ่นที่มีความเข้มแข็ง มีความหมาย และมีความพึงพอใจกับการสูงอายุได้ (Wagnild and Collins, 2009) เนื่องจากความยืดหยุ่นเป็นความสามารถในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและอารมณ์ภายหลังจากเกิดการเจ็บป่วย (Resnick and Inguito, 2011)

3.1 ความหมายของความยืดหยุ่น

คำว่า resilience มีการนำมาใช้มากในประเทศตะวันตกโดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา เพื่อทำความเข้าใจในปรากฏการณ์ของบุคคลในการเผชิญกับสภาพการณ์ที่ยากลำบาก ทำให้บางคนปรับตัวได้ สามารถทำหน้าที่ต่างๆได้ตามปกติและมีพัฒนาการตามวัยในทางบวก ในขณะที่บางคนปรับตัวไม่ได้ สูญเสียการทำหน้าที่ เกิดความอ่อนแอ ล้มเหลว แต่เนื่องจากคำว่า resilience มีการนำมาใช้ในประเทศไทยได้ไม่นานและยังมีการศึกษาไม่มาก จึงทำให้การแปล หรือ บัญญัติคำนี้เป็นภาษาไทยยังไม่ได้ข้อสรุปที่ตรงกัน ทำให้มีการใช้คำที่หลากหลาย เช่น ความเข้มแข็งทางจิตใจ พลังสุขภาพจิต ความสามารถในการยืนหยัดเผชิญภาวะวิกฤติ ความยืดหยุ่น และทนทานการฟื้นฟูพลัง และการฟื้นฟูสภาพ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และอิงคภา โคตนารา, 2552)

การให้ความหมายความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤติและการระบุนุสมรรณะที่เกี่ยวข้องจากบุคคลหลายกลุ่มจะแตกต่างกันตามบริบทที่ศึกษา เช่น ความสามารถในการปรับตัว ความสามารถในการฟื้นตัวจากความยากลำบาก ความเข้มแข็งทางใจ ความอดทน ฯลฯ โดยสมาคมนักจิตวิทยาแห่งประเทศไทย (American Psychological Association) ให้นิยามว่าเป็นผลผลิตของการแก้ปัญหาและฟื้นตัวต่อความยากลำบากและประสบการณ์ที่ทำทายนในชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดสูง หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการกระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน และเยาวนาฏ ผลิตนันทเกียรติ, 2551)

ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตบัญญัติศัพท์ resilience ในภาษาไทย คือ พลังสุขภาพจิต หมายถึงความสามารถเฉพาะของบุคคลที่พัฒนาได้ เป็นความสามารถในการฟื้นตัวกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้อย่างสำเร็จภายหลังเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติ (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน และเยาวนาฏ ผลิตนันทเกียรติ, 2551)

พจนานุกรมศัพท์แพทยศาสตร์ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2547) ได้ให้ความหมายของคำว่า resilience ใน 2 ความหมาย คือ 1) ความยืดหยุ่น 2) ความหายจากโรคได้ ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้คำแปล resilience ในความหมายว่า ความยืดหยุ่น

ความยืดหยุ่น (Resilience) มีความเกี่ยวข้องกับคุณลักษณะทางบวกในวัยกลางคนและ

วัยสูงอายุ เป็นความสามารถในการปรับเปลี่ยนหรือการกลับสู่สภาพปกติจากการเกิดเหตุการณ์ที่ยากลำบาก เป็นความท้าทายและแสดงความสามารถของความเข้มแข็งภายใน, การมองโลกในแง่ดี และความสามารถที่จะรับมือกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ยากลำบาก (Wagnild and Collins, 2009)

ความยืดหยุ่นเป็นความสามารถเพื่อให้เกิดความสำเร็จภายใต้ความทุกข์ เป็นปัจจัยสำคัญในการคงไว้ซึ่งความผาสุกของผู้สูงอายุ และเป็นตัวทำนายที่ดีของการฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพ (Hardy et al, 2004)

ความยืดหยุ่น คือความเข้มแข็งพื้นฐานของบุคคลที่สามารถปฏิบัติได้ในทุกระยะของชีวิต ซึ่งสามารถส่งเสริมและพัฒนาต่อไปได้ หรือถ้าบุคคลไม่ได้ใช้ ความเข้มแข็งนี้ก็จะสามารถเสื่อมลงได้ (Rosowsky, 2009)

ความยืดหยุ่น เป็นการอธิบายถึงคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีการพัฒนาได้ตลอดเวลา เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตซึ่งส่งผลให้เกิดความสามารถในการอยู่รอด การเอาชนะ การเรียนรู้ และการฟื้นคืนจากเหตุการณ์ในชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเกิดจากการรวมกันของคุณสมบัติภายใน เช่น ความเข้มแข็ง สมรรถภาพส่วนตัว และคุณสมบัติภายนอก เช่น การสนับสนุนทางสังคม จึงส่งเสริมให้เกิดการเผชิญปัญหาตามมา (Resnick, 2008)

ความยืดหยุ่น เป็นความสามารถในการกลับสู่สภาพปกติหรือการเผชิญปัญหาอย่างประสบความสำเร็จทั้งที่ต้องเผชิญกับความทุกข์อย่างมาก (Rutter, 1985 cited in Earvolino-Ramirez, 2007)

ความยืดหยุ่น คือ การปรับตัวและฟื้นตัวเมื่อต้องเผชิญกับวิกฤตหรือความยากลำบาก เมื่อเกิดปัญหาบางอย่างขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อความมั่นคงทางจิตใจของบุคคล ทำให้ตกใจกลัว ผิดหวัง เสียใจอย่างรุนแรง หากไม่มีการปรับตัวที่ดีอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือบาดแผลทางจิตใจในระยะยาวได้ ตัวอย่างเช่น ตกงาน ขาดทุน สิ้นเนื้อประดาตัว คนรักเสียชีวิต ผิดหวังในการทำงานหรือตำแหน่งหน้าที่ ประสบอุบัติเหตุ พิกการ ป่วยเป็นโรคร้ายแรงเรื้อรัง ภัยพิบัติต่างๆ (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6 สังคมออนไลน์, 2009: ออนไลน์)

3.2 คุณลักษณะสำคัญของความยืดหยุ่น

บุคคลที่มีความยืดหยุ่นจะตอบสนองต่อความท้าทายของชีวิตด้วยความกล้าหาญและความอดทนทางอารมณ์ แม้ว่าบุคคลจะไม่สามารถควบคุมทุกๆ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น อุบัติเหตุ ภัยพิบัติ อาชญากรรม ความเจ็บป่วย และเศรษฐกิจได้ แต่บุคคลสามารถควบคุมได้ว่า จะตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นอย่างไร และสามารถเลือกที่จะจัดการกับสิ่งนั้นได้ด้วยความยืดหยุ่น

โดยความยืดหยุ่น เป็นสิ่งที่สำคัญมากต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความกลัว และอารมณ์ทางลบอื่นๆ และยังสามารถลดผลกระทบทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหาด้านร่างกายได้ (Wagnild, 2010)

คุณลักษณะสำคัญของบุคคลที่มีความยืดหยุ่น คือ มีจิตใจเข้มแข็งมั่นคงและมีมุมมองชีวิตทางบวก คนที่มีความยืดหยุ่นจะมีความทุกข์ใจไม่นานและจะปรับตัวปรับใจดำเนินชีวิตต่อไปได้ แต่บางคนมีจิตใจไม่เข้มแข็งประกอบกับเหตุการณ์รุนแรงทำให้ขาดสติ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ คิดอะไรไม่ออก บางครั้งไม่รู้ตัวว่าทำอะไรลงไป หรือหาทางออกผิดๆ ซึ่งบุคคลที่มีพื้นฐานจิตใจไม่เข้มแข็งจะใช้เวลานานกว่าจะฟื้นตัวมาดำเนินชีวิตตามปกติต่อไปได้ การมีความรู้ในเรื่องการปรับตัวในสถานการณ์ยากลำบากนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็น (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6 สังคมออนไลน์, 2009: ออนไลน์)

คุณลักษณะสำคัญของความยืดหยุ่นมี 5 ข้อ ประกอบด้วย (Wagnild and Young, 2003; Wagnild, 2009; Wagnild, 2010)

1) ชีวิตที่มีความหมาย (Meaningful Life) คือการที่บุคคลมีความรู้สึกว่าชีวิตของตนมีความหมายและมีเป้าหมายในชีวิต เป็นคุณลักษณะที่สำคัญที่สุดเนื่องจากเป็นคุณลักษณะพื้นฐานของคุณลักษณะอื่น การมีเป้าหมายในชีวิตจะเป็นแรงขับเคลื่อนในชีวิต เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับอุปสรรคอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เป้าหมายของบุคคลจะช่วยทำให้บุคคลก้าวต่อไปได้

2) ความอดุสาหะ (Perseverance) คือการที่บุคคลตัดสินใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปทั้งที่มีอุปสรรค หดกำลังใจ และมีความผิดหวัง เป็นการกระทำที่ยังคงอยู่ทั้งที่มีความทุกข์หรือไม่ได้รับการสนับสนุน เป็นความเต็มใจที่จะพยายามอย่างต่อเนื่องในการสร้างชีวิตของตนเองใหม่ทั้งที่ยังมีความทุกข์อยู่ ความยืดหยุ่นเป็นความสามารถในการกลับสู่สภาพปกติและทำให้เกิดความอดุสาหะ ส่งผลให้เกิดความกล้าหาญและความอดทนทางอารมณ์ที่จะต่อสู้ ซึ่งสามารถสร้างความอดุสาหะได้จากการตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงและบรรลุตามเป้าหมายนั้น

3) ความสมดุลของใจ (Equanimity) เป็นทัศนคติของชีวิตและประสบการณ์ที่มีความสมดุล ซึ่งจะช่วยให้การตอบสนองที่รุนแรงต่อความทุกข์นั้นลดลง บุคคลที่ตอบสนองด้วยความยืดหยุ่นจะมองว่าชีวิตไม่ได้มีแต่สิ่งที่ดีหรือไม่ดีทั้งหมดซึ่งเป็นหนึ่งในเหตุผลที่กล่าวว่าผู้ที่มีความยืดหยุ่น จะเป็นคนที่มองโลกในแง่ดี ซึ่งจะเรียนรู้จากการใช้ปัญญาและประสบการณ์ทั้งของตนเองและของผู้อื่นเพื่อจะตอบสนองต่อปัญหานั้น ผู้ที่มีความสมดุลใจมักจะเป็นคนมีอารมณ์ขัน

4) ความมั่นใจในตนเอง (Self Reliance) เป็นความเชื่อมั่นในตนเองที่จะตระหนักและ

เข้าใจในความสามารถและข้อจำกัดของตนเอง เกิดจากประสบการณ์และการฝึกปฏิบัติที่นำไปสู่ความมั่นใจในความสามารถของตน ผู้ที่มีความมั่นใจในตนเองจะเรียนรู้ปัญหาจากประสบการณ์เดิมและพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหา และนี่ถึงความสำเร็จที่ผ่านมาในอดีตเพื่อสนับสนุนการกระทำของบุคคล

5) ความสามารถในการอยู่ตามลำพังได้ (Existential Aloneness) คือ ผู้ที่มีความยืดหยุ่นจะเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่ด้วยตัวเอง เป็นเพื่อนที่ดีที่สุดของตนเอง เป็นการตระหนักว่าบุคคลแต่ละคนมีความเป็นเอกลักษณ์หรือมีลักษณะเฉพาะ ซึ่งประสบการณ์บางอย่างสามารถแบ่งปันได้ แต่บางอย่างต้องเผชิญเพียงลำพัง การดำรงอยู่อย่างโดดเดี่ยวได้ไม่ได้เป็นการปิดกั้นความสัมพันธ์กับผู้อื่น แต่หมายถึงว่าผู้หนึ่งจะต้องยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็นได้

บุคคลแต่ละคนมีความยืดหยุ่นที่เป็นความสามารถในการกลับสู่สภาพปกติและดำเนินชีวิตต่อไปได้ เพียงแต่ว่าจะใช้หรือไม่ใช้เท่านั้น ผู้ที่มีความยืดหยุ่นจะมีความกล้าหาญและมีความอดทนทางอารมณ์ ที่จะตอบสนองความท้าทายในทางที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งความยืดหยุ่น เป็นสิ่งสำคัญต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต จะช่วยปกป้องและช่วยให้ฟื้นกลับมาจากอารมณ์ด้านลบต่างๆ และมีศักยภาพที่ช่วยลดอารมณ์ด้านลบที่เกิดจากปัญหาด้านร่างกายได้ หากมีความยืดหยุ่นมากก็จะช่วยทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้

3.3 ความยืดหยุ่นกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ความยืดหยุ่นเป็นคุณลักษณะในการป้องกันของบุคคลในผู้สูงอายุ โดยความยืดหยุ่นได้รับการประเมินว่าเป็นปัจจัยในการป้องกันส่วนบุคคลสำหรับการมีสุขภาพทางกาย (Leppert et al., 2005 cited in Wagnild, 2009) ซึ่งจากคำนิยามตามทฤษฎีของความยืดหยุ่นที่ประกอบด้วยคุณลักษณะของความสมดุลของใจ ความมั่นใจในตนเอง ชีวิตที่มีความหมาย ความสามารถในการอยู่ตามลำพังได้ และความอดทน หาคว่าบุคคลที่มีความยืดหยุ่นในระดับสูงจะสามารถจัดการตนเองกับโรคเรื้อรังได้ประสบความสำเร็จมากกว่าผู้ที่มีความยืดหยุ่นในระดับต่ำ (Wagnild, 2009) โดยการตอบสนองทางบวกต่อสถานการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงกระบวนการของความยืดหยุ่น (Hardy, Concato and Gill, 2004) ดังนั้นผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ยากลำบากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หากผู้สูงอายุมีความยืดหยุ่นก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมีการปรับตัวในทางบวกได้

แหล่งประโยชน์ของบุคคลที่ช่วยปกป้องบุคคลจากการเผชิญเหตุการณ์ที่ยากลำบากและทำให้เกิดการปรับตัวผิดปกติไปในทางบวก คือ ตัวกันชน (buffer) หรือ ปัจจัยชดเชยที่มีผลกระทบ

ต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นโดยตรง (Rutter, 1987; Masten, 1989 cited in Windle et al, 2008) ซึ่งปัจจัยที่มีศักยภาพที่มีความสำคัญในการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพคือ ความยืดหยุ่น และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่น อาจจะเป็นเป้าหมายที่มีศักยภาพในการส่งเสริมความยืดหยุ่นในผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ (Hardy et al., 2004) และผลลัพธ์ที่สำคัญหรือสิ่งที่เกิดตามมาจากความยืดหยุ่น คือการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ การเรียนรู้ และการปรับตัวในทางบวก (Earvolino-Ramirez, 2007)

ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุจะได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความยืดหยุ่นก็เหมือนกับมีตัวกันชนกับผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งความยืดหยุ่นเป็นคุณลักษณะทางบวกที่ช่วยปกป้องผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่ยากลำบากจากการเจ็บป่วย ช่วยให้สามารถยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จัดการกับตนเอง สามารถปรับตัวในทางบวก และคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ และส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้แม้ว่าจะมีความบกพร่องทางสุขภาพ

3.4 การประเมินความยืดหยุ่น

แบบวัดความยืดหยุ่น (Resilience Scale) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวัดความยืดหยุ่น และเป็นหนึ่งในหลายๆทางเลือกที่สามารถบอกปริมาณของมุมมองหลากหลายมิติของแนวคิดนี้ โดยแบบวัดความยืดหยุ่นเป็นเครื่องมือที่ถูกออกแบบมาเพื่อวัดความยืดหยุ่น (Resilience) เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงและมีความตรงเมื่อใช้วัดความยืดหยุ่น ในประชากรที่หลากหลาย (Wagnild, 2009)

คุณลักษณะของความยืดหยุ่นทั้ง 5 ข้อ สามารถวัดได้ด้วยแบบวัดความยืดหยุ่น ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีความเหมาะสมสำหรับทุกวัยทั้งวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการใช้แบบวัดความยืดหยุ่น (Resilience) ในบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีจนถึงอายุ 103 ปี (Wagnild, 2009) และจากการวิเคราะห์ปัจจัยระบุได้ว่าแบบวัดความยืดหยุ่นมี 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) การยอมรับตนเองและชีวิต 2) ความสามารถส่วนบุคคล (Wagnild and Young, 1993 cited in Wagnild, 2009)

ในประเทศไทยมีผู้นำแบบวัดความยืดหยุ่น มาใช้ คือ Choowattanapakorn et al. (2010) นำแบบวัดความยืดหยุ่นของ Wagnild and Young (1993) จำนวน 25 ข้อ มาแปลเป็นภาษาไทย และผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาต่างประเทศ หลังจากปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 20 คน โดยมีค่าความ

เที่ยงของเครื่องมือจากการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .83 ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวัดความยืดหยุ่นของ Wagnild and Young (1993) ที่แปลเป็นภาษาไทยและผ่านการนำมาแล้วโดย Choowattanapakorn et al. (2010) เพื่อประเมินคุณลักษณะของความยืดหยุ่น เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีการนำไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุอย่างกว้างขวาง

ความยืดหยุ่นของจิตใจจะช่วยให้บุคคลเผชิญกับปัญหาเครียดของร่างกายซึ่งก็คือความเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพ และปัญหาเครียดของจิตใจได้ดียิ่งขึ้นหากมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีร่วมด้วย เนื่องจากความยืดหยุ่นขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดและความสัมพันธ์ในสังคม (Beardslee, 1989 and Rutter, 1987 cited in Wagnild, 2003) ความยืดหยุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ช่วยให้บุคคลที่หันกลับมาจากอารมณ์ด้านลบต่างๆ ที่เกิดจากปัญหาด้านร่างกายได้ หากมีความยืดหยุ่นมากก็จะช่วยทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ (Wagnild, 2010) ซึ่งระดับความยืดหยุ่นสามารถเพิ่มขึ้นได้จากการที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับการกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลในสังคม (Wagnild, 2003) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่น และความยืดหยุ่นเป็นปัจจัยสำคัญที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Stewart and Yuen, 2011)

4. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตสังคม ในด้านร่างกาย คือ การเปลี่ยนแปลงทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองลดลง หรือการเกิดภาวะทุพพลภาพ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม ในด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ การเกษียณอายุราชการ การลดบทบาทในครอบครัว และปัญหาด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสังคมลดลง ดังนั้นพยาบาลจึงควรหาแนวทางการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุมีโอกาสหรือกระตุ้นผู้สูงอายุให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมา (อรรวรรณ แผนคง, 2552)

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความต้องการการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง การดูแลที่มีประสิทธิภาพจะต้องได้รับความร่วมมือจากบุคคลในครอบครัว และการช่วยเหลือทางสังคมโดยเครือข่าย เช่น การดูแลสุขภาพทั่วไป การจัดหาของใช้อุปโภคบริโภค ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นต้น (สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ, 2543) ซึ่งคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะ

สุขภาพจะดีขึ้นได้ด้วยการมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนที่ดีจากบุคคลอื่น (Widar, Ahlstrom and Ek, 2004 cited in Casey et al., 2008)

4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ การได้รับกำลังใจ การตอบสนองของความต้องการ และการส่งเสริมดูแลในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตของตนให้เกิดความสุข เกิดความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส ญาติพี่น้อง และเพื่อน โดยความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความต้องการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมโดยได้รับการช่วยเหลือในการตอบสนองของความต้องการ ได้รับกำลังใจ และการดูแลให้ดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม จะช่วยให้เผชิญการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา (สุปราณี แดงวงษ์ และคณะ, 2548)

แรงสนับสนุนทางสังคมที่ประกอบด้วยความผูกพันที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ยอมรับหรือให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น ทำให้บุคคลรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขจิตดี และเกิดความพึงพอใจในชีวิต และเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (มาลี เลิศมาลีวงศ์ และสุทธิศรี ตรีภูณสิทธิ์ไชค, 2538)

ทฤษฎีของ Caplan (1974 cited in Sarason, 1983) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นรูปแบบของความต่อเนื่องที่มีความสำคัญในการคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางร่างกายและจิตใจของบุคคล โดยผู้ที่ให้การสนับสนุนด้านจิตใจจะช่วยให้ผู้รับคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพจิตและอารมณ์ที่ดี

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง บุคคลที่คอยดูแลและให้ความรัก ความนับถือ และเป็นบุคคลที่มีความผูกพันกัน มีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลว่าเป็นสิ่งที่จะปกป้องภาวะสุขภาพที่ได้รับผลกระทบจากความเครียดได้ การสนับสนุนทางสังคมจะสามารถปกป้องบุคคลในภาวะวิกฤติจากพยาธิสภาพต่างๆ ได้ เช่น การตายจากภาวะน้ำหนักร้อยเมื่อแรกเกิด โรคข้ออักเสบ และโรคพิษสุราเรื้อรัง ยิ่งไปกว่านั้นการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดปริมาณการใช้จ่าย ช่วยให้การฟื้นคืนสู่สภาพปกติเกิดเร็วขึ้น และช่วยให้บุคคลยอมปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ (Cobb, 1976)

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981 cited in House and Kahn, 1985) มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์, ด้านอุปกรณ์, ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมิน

การสนับสนุนทางสังคมช่วยปกป้องภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจทั้งทางตรงและทั้งที่เป็นตัวกันชนเมื่อเกิดความเครียด ซึ่งนักวิจัยหลายคนเห็นด้วยว่าการสนับสนุนทางสังคมแบบไม่เป็นทางการแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ การสนับสนุนด้านจิตใจ และการสนับสนุนด้านรูปธรรม โดยการสนับสนุนด้านจิตใจ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ความเชื่อใจ คำแนะนำ ข้อมูล และการสนับสนุนให้เห็นคุณค่าในตนเอง ส่วนการสนับสนุนด้านรูปธรรม ประกอบด้วย การช่วยเหลือโดยตรง และการช่วยเหลือด้วยวัตถุสิ่งของหรือเงิน (Norbeck and Tilden, 1988)

Schaefer, Coyne and Lazarus (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นตัวช่วยด้านจิตใจให้กับสมาชิกในสังคมเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเครียด โดยใช้การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านรูปธรรม

4.2 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมมักขาดความสมบูรณ์เนื่องจากขาดการประเมินด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการประเมินการสนับสนุนทางสังคมจะพิจารณาจากเครือข่ายรอบๆตัวของผู้คนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ เพื่อน และครอบครัว และพิจารณาความสามารถของผู้คนเหล่านี้ที่ให้การช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุต้องการ (Touhy and Jett, 2010)

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมสามารถประเมินโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยสมจิต หนูเจริญกุล (1988) โดยได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 112 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบวัดโดยใช้วิธีของครอนบาคแอลฟาได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .97 นอกจากนี้ยังมีการนำแบบวัดนี้ไปใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ อีก โดยกรรณการ์ ภาวะไพบูลย์ (2003) นำแบบวัดนี้ไปใช้กับผู้สูงอายุเขตจังหวัดราชบุรี จำนวน 30 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .90 ส่วนสุจรรยา โลหาชิวะ (2548) นำแบบวัดนี้ไปใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการตรวจรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบวัดได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .92 และพรพรม รุจิไพโรจน์ (2550) นำแบบวัดนี้ไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบวัดได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .94

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยสมจิต หนูเจริญกุล (1988) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีการนำไปใช้มากมายกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งเต้านม และ

ยังมีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุดังเช่นการศึกษาในผู้สูงอายุโดยกรรณการ์ ภาวะไพบูลย์ (2003) และการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยสุจรรยา โลหาชีวะ (2548) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สุจรรยา โลหาชีวะ (2548) ดัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยสมจิต หนูเจริญกุล (1988)

ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความสำคัญมากกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Pound, Gompretz and Ebrahim, 1999 cited in Casey et al., 2008) สามารถช่วยลดอัตราการเป็นโรคและอัตราการตายได้ ช่วยให้ความเครียดด้านจิตสังคมลดน้อยลง และยังเป็นตัวกันชนจากผลกระทบของความเครียดต่อภาวะสุขภาพ (House, 1987) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ช่วยให้ความอ่อนแอทางใจจากความเจ็บป่วยลดน้อยลงในผู้สูงอายุ (Minkler, 1985) และช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาจากความเครียดที่เกิดจากโรคและจากการรักษาได้ โดยมีผลกระทบทางบวกต่อการดูแลทางการแพทย์และภาวะสุขภาพ (Dayapoglu and Tan, 2010) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ได้

5. แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา

จากผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมตามมา ซึ่งความบกพร่องต่างๆจะส่งผลว่าบุคคลจะรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไร และจะเผชิญปัญหาอย่างไร ถ้าบุคคลประเมินสถานการณ์และใช้แหล่งประโยชน์ได้อย่างถูกต้องก็จะสามารถเผชิญปัญหาจากโรคหลอดเลือดสมองได้ (Bronstein, Popovich and Stewart-Amidei, 1991) และเมื่อบุคคลสามารถใช้วิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพก็จะสามารถปรับตัวได้ดี ซึ่งจะเป็นการปรับเปลี่ยนด้านจิตสังคม คุณภาพชีวิต และสุขภาพ (Mishel, 1988 cited in กรองแก้ว ราชภูริ, 2550)

การเผชิญปัญหามักจะถูกกละเลยเมื่อพูดถึงโรคหลอดเลือดสมอง โดยทั่วไปมักให้ความสนใจกับผลลัพธ์ของโรคหลอดเลือดสมองในการปรับปรุงด้านร่างกายให้ดีขึ้น ว่าเป็นตัวที่บอกระดับความสามารถในการทำหน้าที่ ภาวะสุขภาพ การวางแผนจำหน่าย และการมีอาชีพ ทั้งๆที่มีความสนใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีมากขึ้น แต่การให้ความสนใจด้านจิตใจที่เป็นผลกระทบมาจากโรคหลอดเลือดสมองยังมีจำนวนน้อย โดยเฉพาะเรื่องการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว และการเปลี่ยนแปลงด้านเขาวินิจฉัยและอารมณ์จะเป็นอุปสรรคต่อความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหา บุคคลที่ไม่สามารถเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองจาก

โรคหลอดเลือดสมองได้จะส่งผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์และความสามารถในการระบุวิธีการเผชิญปัญหา (Bronstein et al., 1991) ซึ่งการทำความเข้าใจบทบาทของความหวังและทักษะการเผชิญปัญหาเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะช่วยให้ผู้ประกอบการวิชาชีพทางสุขภาพให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Greenstreet, 2006)

5.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหา (Coping) หมายถึง ความพยายามของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดการกับปัญหาตามที่บุคคลได้ประเมินไว้ ซึ่งต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างมาก หากมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมจะทำให้สามารถปรับตัวอยู่ในสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (Lazarus and Folkman, 1984)

การเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพเป็นการอธิบายที่ดีที่สุดถึงการจัดการความทุกข์ที่ต้องเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดการทำหน้าที่ในระดับที่เหมาะสมที่สุด (Earvolino-Ramirez, 2007) จากการศึกษาพฤติกรรมของการเผชิญปัญหาของ Jalowiec ภายใต้กรอบแนวคิดการเผชิญปัญหาของ Lazarus and Folkman พบว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหามี 3 ลักษณะ คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก (Jalowiec, 1988)

5.2 พฤติกรรมการเผชิญปัญหา (Jalowiec, 1988)

5.2.1 พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping behaviors) หมายถึง การมุ่งที่จะควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดี โดยการพยายามหาวิธีการต่างๆ ในการควบคุมปัญหา โดยอาจจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่

5.2.2 พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบจัดการกับอารมณ์ (Emotive coping behaviors) หมายถึง การแก้ปัญหหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหานั้นไม่เปลี่ยนแปลง

5.2.3 พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก (Palliative or passive coping behaviors) หมายถึง การแก้ปัญหโดยการควบคุมเหตุการณ์และคิดหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหานั้นไม่เปลี่ยนแปลง

5.3 การจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ (อรวรรณ แผนคง, 2552)

5.3.1 การค้นหาวิธีการเผชิญปัญหา การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และไม่มีที่ตัดสินว่าวิธีการเผชิญปัญหาวิธีใดมีประสิทธิภาพมากกว่ากัน

ต้องขึ้นอยู่กับบริบทนั้นๆ โดยบุคคลที่มีการเผชิญปัญหาที่ดี คือ บุคคลที่เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ การเผชิญปัญหาที่มุ่งลดอารมณ์ มีการแบ่งวิธีการเผชิญปัญหาดังนี้

5.3.1.1 การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา (problem – focused coping) เป็นความพยายามของบุคคลในการใช้กระบวนการเผชิญปัญหา โดยมุ่งแก้ที่ต้นเหตุของปัญหาโดยตรง ซึ่งจะมุ่งปรับแก้ทางความคิดและพฤติกรรม หรือโดยการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดปัญหานั้น เผชิญกับสิ่งที่ปัญหาและความจริง วิธีการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหาได้แก่

1) การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) คือ การที่บุคคลมีความคิด หรือพฤติกรรมอย่างตรงไปตรงมาในการเผชิญปัญหา ไม่หลีกเลี่ยง ไม่ถอยหนี แต่เผชิญกับปัญหา และเข้าใจสภาพของปัญหาตามความเป็นจริง

2) การวางแผนแก้ปัญหา (planful problem solving) คือ การที่บุคคลพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ และจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมีการกระทำที่เป็นขั้นตอน มีการวิเคราะห์ปัญหาและหาวิธีการต่างๆหรือใช้ประสบการณ์เดิมเพื่อแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นให้ได้ผลดีที่สุด

5.3.1.2 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ (emotion – focused coping) คือ การที่บุคคลเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่จะช่วยควบคุม ปรับอารมณ์ และความรู้สึกของตนเอง หรือเป็นความคิดหรือพฤติกรรมของบุคคลที่มุ่งลดความไม่สบายใจ เมื่อไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ต่างๆที่เป็นปัญหานั้นๆได้ เป็นการรักษาความสมดุลทางจิตใจ วิธีการเผชิญปัญหาแบบนี้เป็นวิธีการบรรเทาหรือลดความเครียดเท่านั้น ไม่ได้จัดการโดยตรงเพื่อให้อาการนั้นหมดไป หากใช้วิธีการนี้บ่อยๆโดยขาดการตระหนักรู้ในตนเอง มีความคิดหรือการกระทำที่บิดเบือน ปัญหาต่างๆที่ไม่ได้แก้ไขจะทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น จนอาจนำไปสู่การป่วยทางจิตได้ แต่ถ้าบุคคลใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบนี้อย่างรู้สึกตามสภาพที่เป็นจริงก็จะช่วยให้เผชิญปัญหาได้ ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาโดยมุ่งปรับอารมณ์ได้แก่

1) การประเมินสถานการณ์ใหม่ทางบวก (positive reappraisal) คือ การที่บุคคลมีความคิด และพฤติกรรมที่พยายามจะให้ความหมายของสถานการณ์ในรูปแบบใหม่ในทางที่ดี ซึ่งจะช่วยให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมีความภาคภูมิใจ และบางครั้งช่วยลดอารมณ์เศร้า เป็นต้น

2) การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา (accepting responsibility)

คือ การที่บุคคลมีความคิด และพฤติกรรมที่ตระหนักว่าตนเองเป็นผู้สร้างปัญหา และปัญหานั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

3) ควบคุมตนเอง (self-controlling) คือการที่บุคคลมีความคิดและพฤติกรรมที่พยายามควบคุมอารมณ์ของตนเองให้สม่ำเสมอ หรือเป็นการพึ่งตนเอง เพื่อคิดแก้ปัญหาด้วยตัวเองหรือพยายามพิสูจน์ว่าตนเองสามารถแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้นได้

4) การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (seeking social support) คือการที่บุคคลมีความคิดและพฤติกรรมที่แสวงหาการเกื้อหนุน ทั้งที่เป็นข้อมูลข่าวสาร ปัจจัยทางวัตถุ และการช่วยเหลือด้านจิตใจ

5) การถอยห่าง (distancing) คือ การที่บุคคลใช้ความพยายามทางความคิดที่จะให้ความสำคัญกับสถานการณ์นั้นให้น้อยลง โดยการถอยห่างจากสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ

6) หลีกเลี่ยงปัญหา (escape-avoidance) คือ การที่บุคคลมีความคิดและพฤติกรรมที่พยายามหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วคราว เช่น การไม่ให้ความสนใจ ลดการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้น โดยพยายามคิดถึงเรื่องอื่น การปลอบใจตนเอง เป็นต้น ซึ่งการเผชิญปัญหาแบบนี้เป็นวิธีที่อาจช่วยลดความทุกข์ได้

5.3.2 การค้นหาสาเหตุของความเครียด และยอมรับกับสภาพการณที่เป็นต้นเหตุ โดยการหากลุ่มเพื่อนเพื่อระบายความรู้สึก และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อหาวิธีการบำบัดความเครียด

5.3.3 การหาวิธีการผ่อนคลายด้วยวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยหลั่งสารเอ็นโดรฟิน ส่งผลให้ระบบประสาทส่งสารสื่อประสาทได้ดีขึ้น และการออกกำลังกายยังช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม เป็นการสนับสนุนด้านจิตสังคมอีกวิธีหนึ่ง

5.3.4 สนับสนุนให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและกิจกรรมในชุมชน ได้แก่ การให้ความสำคัญเป็นที่ปรึกษาของครอบครัว การเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการในชุมชน การเป็นอาสาสมัครในโรงพยาบาล

5.3.5 การมองโลกในแง่ดีหรือการมีความคิดทางบวก โดยการเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับตนเอง และเผชิญปัญหาที่ถูกต้อง

5.3.6 การขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ นักจิตวิทยาและให้คำปรึกษา และแพทย์ทางด้านจิตวิทยา

5.3.7 หลีกเลี้ยงการสูบบุหรี่ และการทำร้ายตนเองด้วยวิธีอื่นๆ

5.4 การเผชิญปัญหาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้กล่าวถึงวิธีการเผชิญปัญหาที่หลากหลาย เช่น การพูดคุยกับผู้ป่วยคนอื่น การสวดมนต์ และการคิดในทางบวก (Popovich, 1987 cited in Bronstein et al., 1991) ผู้สูงอายุที่มีความพิการถ้าใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมจะช่วยลดความซึมเศร้าได้ (King, 1990 cited in Lau, 2001)

การสูญเสียการทำหน้าที่ด้านร่างกายอาจจะมีผลต่อการเผชิญปัญหาในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาด้านการพูด การรับรู้ เซาว์นปัญญา และการเคลื่อนไหว หรือในผู้ที่มีสภาพร่างกายทรุดโทรม การเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้อาจจะมีทั้งภายนอกและภายใน ซึ่งสะท้อนถึงอารมณ์และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้จัดการกับความเครียดที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง (Bronstein et al, 1991)

5.5 การประเมินการเผชิญปัญหา

ในปี ค.ศ. 1980 Lazarus and Folkman พัฒนาเครื่องมือในการวัดการเผชิญปัญหาขึ้นมาใช้ จำนวน 68 ข้อ ซึ่งวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา 2 ด้านตามแนวคิดทฤษฎี คือ ด้านการมุ่งแก้ปัญหา และการลดอารมณ์ตึงเครียด (Lazarus and Folkman, 1984)

ในปี ค.ศ. 1977 Jalowiec ได้สร้างแบบวัด Jalowiec Coping Scale (JCS) ประกอบด้วยคำถามวิธีการเผชิญปัญหา จำนวน 40 ข้อ จากนั้นในปี ค.ศ. 1979 ได้ปรับปรุงแบบวัดนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดหลายอย่าง และในปี ค.ศ. 1987 ได้พัฒนาและปรับปรุงเครื่องมือจากแนวคิดการเผชิญปัญหาของ Lazarus ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 60 ข้อ ต่อมาในปี ค.ศ. 1988 Jalowiec ได้นำแบบวัดการเผชิญปัญหาที่ปรับปรุงในปี ค.ศ. 1979 มาหาค่าความตรงตามโครงสร้าง พบว่า คำถาม 40 ข้อ นั้น มีคำถาม 4 ข้อที่ไม่สามารถจัดอยู่ในการเผชิญปัญหาแบบใดได้จึงตัดข้อคำถามนั้นออก จึงเหลือข้อคำถาม 36 ข้อ และได้ปรับปรุงและเสนอแนวคิดการเผชิญปัญหา 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก (Jalowiec, 1988)

ในประเทศไทยมีผู้นำแบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec มาใช้ คือ นิตยา สุทยากร (2531) นำแบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec จำนวน 40 ข้อ ที่สร้างขึ้นปี ค.ศ. 1979 มาแปลเป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านภาษาต่างประเทศ หลังจากปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำไปใช้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 คน โดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .88 สำหรับหทัยรัตน์ จรัสสุโรสิน (2538) นำแบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1988) มาแปล

เป็นภาษาไทยและดัดแปลงจากจำนวน 36 ข้อ เหลือ 30 ข้อ นำไปใช้ในผู้สูงอายุหญิงโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 36 คน มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .81 ส่วนสุภาพ อารีเอื้อ (2540) นำแบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1988) จำนวน 36 ข้อ มาแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลง ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปปรับปรุงแก้ไขและใช้ในผู้ป่วยหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 10 คน มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .73 และปราณี มิ่งขวัญ (2542) นำแบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1988) จำนวน 36 ข้อ มาแปลเป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องทางด้านภาษาต่างประเทศ จากนั้นนำไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15 คน โดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .86

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1988) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง มะเร็งเต้านม เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุดังจะเห็นได้จากการศึกษา ในผู้ป่วยหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยสุภาพ อารีเอื้อ (2540) และการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยปราณี มิ่งขวัญ (2542) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกแบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1988) ซึ่งปราณี มิ่งขวัญ (2542) แปลเป็นภาษาไทยและผ่านการนำไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

การเผชิญปัญหามีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคล ดังนั้นหากบุคคลมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมจะทำให้สามารถปรับตัวอยู่ในสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความยืดหยุ่นสูง มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี และมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Kershaw, 2004; Fok et al., 2005; Wallis, 2006; Drageset, 2009)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศุภมาน อิบราฮิม, สุนุดรา ตระนุงพงศ์ และกิตติกร นิลมานัต (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด ในเมืองบันดุง ประเทศอินโดนีเซีย ผลการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดโดยมุ่งจัดการด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวม การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งแสดง

ให้เห็นว่า การใช้การเผชิญความเครียดโดยมุ่งการจัดการด้านอารมณ์ก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะหากมีการใช้เป็นเวลานานอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสาเหตุของปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไข

ปราณี มิ่งขวัญ (2542) ศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะหลัง และเปรียบเทียบระดับความเครียดและการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่รับบริการในคลินิกอายุรกรรมประสาทโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 50 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มฟื้นฟูสภาพระยะแรก 25 คน และกลุ่มฟื้นฟูสภาพระยะหลัง 25 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและกลุ่มที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลังมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งสองกลุ่มใช้วิธีการเผชิญปัญหาทุกแบบ โดยแบบที่ใช้มากที่สุด คือ การบรรเทาความเครียดคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะหลังไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนการใช้วิธีการเผชิญปัญหาระหว่างผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรพชร กิตติเพ็ญกุล (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยความรู้สึกลำบากใจของผู้ดูแล สถานภาพสมรสของผู้ดูแล และระดับความพิการเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งความรู้สึกลำบากใจของผู้ดูแล และสถานภาพสมรสของผู้ดูแลมีผลทางลบ ส่วนระดับความพิการมีผลทางบวก โดยความรู้สึกลำบากใจของผู้ดูแล สถานภาพสมรสของผู้ดูแล และระดับความพิการร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พรพรหม รุจิไพโรจน์ (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดย

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้

มาลี เลิศมาลีวงศ์ และสุทธิศิริ ตระกูลสิทธิโชค (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานด้านสถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และหาตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า รายได้ ระยะเวลาในการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเมื่อทดสอบอำนาจการทำนายพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและรายได้สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม โดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และหาตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 237 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่ายและความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่ายและความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตร่วมกันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาและรายได้ของครอบครัวไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้

สุจรรยา โลหาชีวะ (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการที่สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ความหวังและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์ (2543) ศึกษาการพึ่งพา อึดมโนทัศน์ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 70 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับการพึ่งพาน้อย มีอึดมโนทัศน์ในทางบวก และมีความพึง

พอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูง โดยระดับการพึงพามีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในชีวิตระดับปานกลาง และอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตระดับปานกลาง

สุปราณี แสงวงษ์ และคณะ (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร พบว่า รายได้ ระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร ได้ จากผลการวิจัย แสดงว่าถ้าผู้สูงอายุมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็จะมี คุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกายและและความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ลดลง ร่วมกับการที่ต้องเผชิญกับการคุกคามของโรคเรื้อรังและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ส่งผล ให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดอย่างมาก การสนับสนุนทางสังคมอาจจะช่วยลดความเครียดได้หรือ ส่งเสริมให้สามารถเผชิญกับความเครียดและปรับตัวได้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่ง สำคัญและมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

Choowattanapakorn et al. (2010) ศึกษาาระดับความยืดหยุ่นในผู้สูงอายุปกติชาวสวีเดน และชาวไทย พบว่าแม้จะมีปัจจัยพื้นฐานซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส และการรับรู้ ภาวะสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุทั้งชาวไทยและชาวสวีเดนมีคะแนนความยืดหยุ่นอยู่ ในระดับสูงใกล้เคียงกัน

Chan et al. (2006) ศึกษาผลของความยืดหยุ่นที่มีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ ตอบสนองต่อโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความยืดหยุ่นสูงจะมี ผลลัพธ์ทางร่างกายและจิตใจดีกว่าผู้ที่มีความยืดหยุ่นต่ำ

Franzen, Saveman and Blomqvist (2007) ศึกษาการทำนายของอายุ เพศ ความรุนแรง ของโรค ภาวะโรคร่วม และสภาพการอยู่อาศัยที่มีต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพใน ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรง ของโรคมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ แต่อายุ เพศ โรคเบาหวานและโรคระบบทางเดินหายใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะ สุขภาพเพียงบางมิติเท่านั้น ดังนั้นการพยาบาลที่จะช่วยให้การดำเนินของโรคช้าลง และการ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่และคงไว้ซึ่งมิติของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะสุขภาพได้เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

Nygren et al. (2005) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น การมองโลกในแง่ดี (sense of coherence) เป้าหมายในชีวิต การเอาชนะตนเอง กับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางร่างกาย และจิตใจในผู้สูงอายุระยะปลาย พบว่าคะแนนความยืดหยุ่น การมองโลกในแง่ดี เป้าหมายในชีวิต และการเอาชนะตนเองมีความสัมพันธ์กัน จึงอาจสันนิษฐานได้ว่าการมีสุขภาพจิตที่ดีจะช่วยให้บุคคลเอาชนะประสบการณ์ด้านลบ เช่น การมีข้อจำกัดทางร่างกายและการเกิดการสูญเสีย โดยในวัยสูงอายุจะมีการสูญเสียจากการเกิดโรคทางกายและภาวะทุพพลภาพ ดังนั้นการพัฒนาความยืดหยุ่นจะทำให้เกิดรูปแบบของการชดเชยต่อการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่และภาวะสุขภาพทางกาย

Stewart and Yuen (2011) ทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่น และวิธีการเผชิญปัญหา เช่น การประเมินปัญหาในทางบวก ความเชื่อเรื่องจิตวิญญาณ การเผชิญปัญหาอย่างกระตือรือร้น และความชำนาญ มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่น ซึ่งปัจจัยด้านความยืดหยุ่นที่พบว่ามีผลสำคัญโดยตรงต่อความเจ็บป่วยด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลตนเอง การรักษาอย่างต่อเนื่อง คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย การรับรู้ความปวด การออกกำลังกาย และผลลัพธ์ทางร่างกาย

Wallis et al. (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหากับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูญเสียการทำหน้าที่ทางร่างกายมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยทั่วไป โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีและมีความมั่นใจตนเองในการเผชิญปัญหาจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

Casey et al. (2008) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า แม้ว่าผู้ป่วยจะมีภาวะทุพพลภาพจากการเจ็บป่วยแต่ก็ยังมีความคิดทางบวกต่อสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยอื่นที่ประกอบด้วย ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ

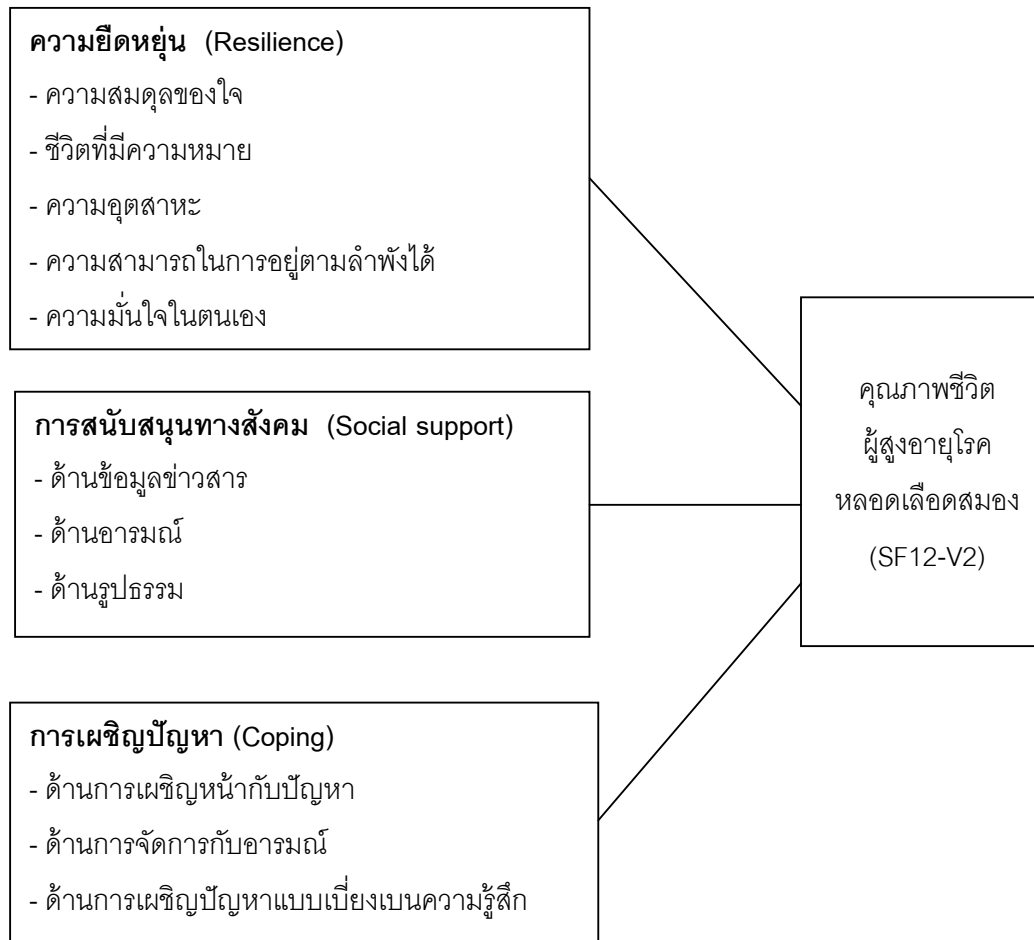
Drageset, et al. (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และศึกษาว่าการมองโลกในแง่ดีจะมีผลกับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นมีความสำคัญกับสุขภาพจิต การมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

Seale et al. (2010) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นถ้ามีอาการทางบวกเพิ่มขึ้นในช่วงเวลามากกว่า 3 เดือนจะมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่

เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ทางบวกหรือการมีอารมณ์ทางบวกลดลง ซึ่งอารมณ์ทางบวกเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นการทำความเข้าใจกับปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของอารมณ์ทางบวกนั้นมีความสำคัญกับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและคุณภาพชีวิตหลังจากออกจากโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังดังกล่าวมาข้างต้น พบว่าผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยทางร่างกายจะส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจตามมา หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความยืดหยุ่นที่ดี ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางจิตใจมากขึ้น แม้ว่าจะได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถปรับตัวในทางบวกได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาได้ ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่า ถ้ามีความยืดหยุ่น มีการสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหาที่ดี จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้หรือไม่ นอกจากนี้การมีความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างเป็นองค์รวม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมประสาทของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ และสถาบันประสาทวิทยา

1. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปร โดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบที่ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันที่ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคู่ของตัวแปรที่มีมาตรวัดระดับช่วงมาตราขึ้นไป โดยจะต้องทำการวิเคราะห์อำนาจทดสอบสำหรับคู่ของตัวแปรทุกคู่ เพื่อทราบจำนวนกลุ่มตัวอย่างทุกคู่ที่ต้องการ จากนั้นจึงเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างของคู่ของตัวแปรที่ต้องการขนาดกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด เพื่อให้ทุกคู่ของตัวแปรมีอำนาจทดสอบเพียงพอตามที่กำหนด (รัตนศิริ ทาโต, 2552)

ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05, .01 กำหนดระดับอำนาจทดสอบที่ 80% และกำหนดขนาดอิทธิพลจากการทำการศึกษาสำรวจของสุจรรยา โลหาชีวะ (2548) $r = .3$ และนำไปคำนวณด้วยโปรแกรม PASS ดังนั้นเพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 80.28% และมีโอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 19.72% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .01$ จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการทดสอบความสัมพันธ์คือ 125 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อลดความคลาดเคลื่อน เพิ่มประสิทธิภาพ และความมั่นใจในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็น 140 คน

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ดังนี้

2.1 สุ่มสังกัดของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครอย่างง่ายจาก 6 สังกัด ได้แก่ กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร และองค์การการกุศล ได้โรงพยาบาลที่เป็นตัวอย่างสุ่มสังกัดมา 3 สังกัด ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักนายกรัฐมนตรี และองค์การการกุศล

2.2 โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร มี 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และสถาบันประสาทวิทยา นำมาสุ่ม 1 ใน 4 โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้แก่ สถาบันประสาทวิทยา ส่วนสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีมี 1 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลตำรวจ ไม่ต้องทำการสุ่ม และสังกัดองค์การการกุศลมี 1 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ไม่ต้องทำการสุ่ม

2.3 กำหนดการสุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละโรงพยาบาลโดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันประสาทวิทยา แห่งละ 50 คน โรงพยาบาลตำรวจ 40 คน

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษามาแล้วอย่างน้อย 1 เดือนที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรมประสาท

2. รู้สึกตัวดี มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลเป็นปกติ ที่ไม่มีข้อจำกัดในการพูดและการฟัง

3. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

4. เป็นผู้ที่สามารถเข้าใจภาษาไทยและติดต่อสื่อสารได้

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนจบ หรือ มีความจำนนขอออกจากกรวิจัย

2.2 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จากทั้ง 3 โรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 31 พฤษภาคม 2555 ตามขั้นตอน ดังนี้

2.2.1 สํารวจรายชื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนวันเก็บข้อมูล 1 วัน จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

2.2.2 เก็บข้อมูลจากการสุ่มให้ได้จำนวนร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวันโดย

สุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วันจันทร์ และวันอังคาร เวลา 12.30-16.00 น. วันพุธและวันพฤหัสบดี เวลา 07.30-12.00 น.

สุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลตำรวจ ในวันพฤหัสบดี เวลา 12.30 น.-16.00 น.

สุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่สถาบันประสาทวิทยา วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ เวลา 07.30-12.00 น.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามทั่วไปของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะความเป็นอยู่ และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 แบบวัดความยืดหยุ่น

ผู้วิจัยใช้แบบวัดความยืดหยุ่นของ Wagnild and Young (1993) ที่แปลเป็นภาษาไทย และผ่านการนำมาแล้วโดย Choowattanapakorn et al. (2010) จำนวน 25 ข้อ เพื่อวัดระดับความยืดหยุ่นของแต่ละบุคคล มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1	คะแนน
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	เท่ากับ	3	คะแนน
เฉยๆ	เท่ากับ	4	คะแนน
เห็นด้วยเล็กน้อย	เท่ากับ	5	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ	6	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	7	คะแนน

ข้อคำถามมีมาตรวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน นำค่าคะแนนทุกข้อมารวมกัน โดยคะแนนรวมจะมีค่าระหว่าง 25-175 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

ตารางที่ 1 ระดับความยืดหยุ่นตามแบบประเมินความยืดหยุ่นของ Wagnild and Young (1993)

ระดับความยืดหยุ่น	ช่วงคะแนน
มีความยืดหยุ่นในระดับสูง	147-175
มีความยืดหยุ่นในระดับปานกลาง	121-146
มีความยืดหยุ่นในระดับต่ำ	< 121

ส่วนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สุจรยา โลหาชีวะ (2548) ดัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยสมจิต หนูเจริญกุล (1988) จำนวน 7 ข้อ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

- | | | | |
|----------------------|-------|---|-----|
| 1. ด้านข้อมูลข่าวสาร | จำนวน | 1 | ข้อ |
| 2. ด้านอารมณ์ | จำนวน | 4 | ข้อ |
| 3. ด้านรูปธรรม | จำนวน | 2 | ข้อ |

ข้อคำถามทั้งหมดเป็นข้อความด้านบวก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	0	หมายถึง	รับรู้ว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือ
คะแนน	1	หมายถึง	รับรู้ว่าได้รับการช่วยเหลือเล็กน้อย
คะแนน	2	หมายถึง	รับรู้ว่าได้รับการช่วยเหลือเป็นครั้งคราว
คะแนน	3	หมายถึง	รับรู้ว่าได้รับการช่วยเหลือค่อนข้างมาก
คะแนน	4	หมายถึง	รับรู้ว่าได้รับการช่วยเหลือมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ข้อคำถามมีมาตรวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน นำคะแนนที่ได้มารวมกันและหารด้วยข้อคำถามทั้งหมด คะแนนรวมมีค่า 0-4 คะแนน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดการแปลผลเป็นค่าเฉลี่ยรายด้านของทุกด้านอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน ถ้าคะแนนมากแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจากการใช้วิธีหาอันตรายภาคชั้น โดยใช้ค่าพิสัย (ประคอง กรรณสูต, 2542) คำนวณจากค่าสูงสุดลบค่าต่ำสุด แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วง ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรายภาคชั้น} &= \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{4-0}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

นำมาแบ่งเกณฑ์การแปลผลได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
0.00-1.33	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย
1.34-2.67	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง
2.68-4.00	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบวัดการเผชิญปัญหา

ผู้วิจัยใช้แบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1988) ที่แปลเป็นภาษาไทยและผ่านการนำมาแล้วโดยปราณี มิ่งขวัญ (2542) จำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญปัญหา 3 ด้าน คือ

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา	จำนวน	13	ข้อ
2. การจัดการกับอารมณ์	จำนวน	9	ข้อ
3. การเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก	จำนวน	14	ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	1	หมายถึง	ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหา
คะแนน	2	หมายถึง	ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหามานานๆครั้ง
คะแนน	3	หมายถึง	ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาบางครั้ง
คะแนน	4	หมายถึง	ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาบ่อยครั้ง
คะแนน	5	หมายถึง	ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาเกือบทุกครั้ง

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ข้อคำถามมีมาตราวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการใช้วิธีการเผชิญปัญหา คะแนนรวมจะมีค่าระหว่าง 36-180 คะแนน ประเมินโดยใช้เกณฑ์จากการคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ คือ การเปรียบเทียบสัดส่วนของการเผชิญปัญหาโดยนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกัน

หารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้น ได้เป็นค่าเฉลี่ยแต่ละด้าน นำค่าเฉลี่ยแต่ละด้านหารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยจากทุกด้านจะได้คะแนนสัมพัทธ์ที่บอกสัดส่วนการใช้การเผชิญปัญหาในแต่ละด้านซึ่งอยู่ระหว่าง 0.01-1.00 และเมื่อเทียบกับการใช้การเผชิญปัญหาทุกด้าน คะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ยด้านใดมาก แสดงว่าใช้การเผชิญปัญหาด้านนั้นมาก (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดการแปลผลเป็นค่าเฉลี่ยรายด้านของทุกด้านอยู่ในช่วง 1-5 ถ้าคะแนนรายด้านใดมากแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหามาก จากการใช้วิธีหาอันตรภาคชั้น โดยใช้ค่าพิสัย (ประคอง กรรณสูต, 2542) คำนวณจากค่าสูงสุดลบค่าต่ำสุด แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วง ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{5-1}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

นำมาแบ่งเกณฑ์การแปลผลได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00-2.33	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาในระดับน้อย
2.34-3.67	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาในระดับปานกลาง
3.68-5.00	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาในระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-12 V2 ที่แปลเป็นภาษาไทยและผ่านการนำมาแล้ว โดยวิชช์ เกษมทรัพย์ และคณะ (2550) จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยมิติทางด้านสุขภาพ 8 มิติ คือ

1. มิติของการทำงานทางด้านร่างกาย จำนวน 2 ข้อ
2. มิติทางบทบาทด้านร่างกาย จำนวน 2 ข้อ
3. มิติด้านความเจ็บปวดของร่างกาย จำนวน 1 ข้อ
4. มิติด้านสังคม จำนวน 1 ข้อ

- | | |
|---|-------------|
| 5. มิติด้านสุขภาพจิต | จำนวน 2 ข้อ |
| 6. มิติทางบทบาทด้านอารมณ์ | จำนวน 2 ข้อ |
| 7. มิติด้านความมีชีวิตชีวาหรือความกระปรี้กระเปร่า | จำนวน 1 ข้อ |
| 8. มิติด้านสุขภาพโดยทั่วไป | จำนวน 1 ข้อ |

แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-12 แต่ละข้อให้คะแนนตามน้ำหนักคะแนนโดยมีคะแนนรวมทั้งหมดมีค่าอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน ซึ่งแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ คะแนนรวมด้านร่างกาย (PCS) และคะแนนรวมด้านจิตใจ (MCS)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังอื่นๆ พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในช่วง (37.0 - 43.7) และมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอยู่ในช่วง (41.3 - 54.2) (Lim and Fisher, 1999; Borglin et al., 2005; Muller-Nordhorn et al., 2005; หฤทัย คุณุทัย และมยุรี ตั้งเกียรติกำจาย., 2008; Montazeri et al., 2011) ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวแปลผลคะแนนว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิตที่น้อยกว่า 50 คะแนน เป็นระดับที่คุณภาพชีวิตต่ำ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดคะแนนออกเป็น 3 ช่วงเพื่อแปลความหมายของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิต ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
< 50.00	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ
50.00 - 75.00	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง
76.00 - 100.0	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content valid)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบวัดความยึดหยุ่น แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการเผชิญปัญหา และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน

1.2 พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 คน

ภายหลังจากการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ผู้วิจัยนำแบบวัดความยึดหยุ่น แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการเผชิญปัญหา และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต มาคิดคะแนนความสอดคล้องที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

(Content Validity index, CVI) โดยการคำนวณค่า CVI จากการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับค่านิยามเชิงปฏิบัติการ และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยาม
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยาม

โดยใช้สูตรในการคำนวณ คือ

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3-4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index, CVI) ของแบบวัดความยืดหยุ่น แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการเผชิญปัญหา และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต เท่ากับ 1, 1, .97 และ 1 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจากเกณฑ์ค่า Content Validity index ที่น่าเชื่อถือมีค่า $\geq .80$ (Polit and Hungler, 1999) แสดงว่า เครื่องมือวิจัยทั้งหมดนี้มีความตรงตามเนื้อหาในระดับดี

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบวัดความยืดหยุ่น แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการเผชิญปัญหา และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน โดยไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมประสาทที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาจะมีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 ค่าแอลฟาที่อยู่ระหว่าง .65 -.70 ถือว่ายอมรับได้ในระดับต่ำ ค่าแอลฟา ระหว่าง .70 - .80 เป็นค่าที่ยอมรับได้ ค่าแอลฟา ระหว่าง .80 - .90 เป็นค่าในระดับดีมาก แต่ถ้าค่าแอลฟา $>.90$ อาจมีการซ้ำกันของข้อคำถาม (DeVellis, 1991 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554) ซึ่งเครื่องมือวิจัยทั้งหมดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84, .88, .75 และ .87 ตามลำดับ และนำมาหาค่าความเที่ยงอีกครั้งในกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 140 คน ได้เท่ากับ .85, .87, .73 และ .85 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือวิจัยทั้งหมดในกลุ่มทดลองใช้ (n = 30) และในกลุ่มผู้ใช้จริง (n = 140)

เครื่องมือวิจัย	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค	
	ทดลองใช้ (n=30)	ใช้จริง (n=140)
แบบวัดความยืดหยุ่น	.84	.85
แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม	.88	.87
แบบวัดการเผชิญปัญหา	.75	.73
แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (SF-12 V2)	.87	.85

การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองรวมทั้งแจกแบบประเมินโดยดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคนบติคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ และสถาบันประสาทวิทยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอรับการพิจารณาอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยแต่ละโรงพยาบาล

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการแต่ละโรงพยาบาลแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมประสาท เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยและชื่อโรคจากหอผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมประสาท จากนั้นสำรวจแฟ้มประวัติผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

4. ผู้วิจัยแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว จากนั้นชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยพินิจสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และหนังสือยินยอม และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียด และวิธีตอบแบบสอบถามใน แต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แต่ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา หรืออ่านหนังสือไม่ออก โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 45-60 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

6. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จสมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำ อย่างอื่นก่อน จะให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมที่ต้องทำก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบ แบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมอื่นที่ต้องทำแล้ว

7. เมื่อได้รับแบบประเมิน ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล

8. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถาม

9. ดำเนินการตามข้อ 3-8 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 140 ราย จึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วม วิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม วิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและการพยาบาลแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสาร ให้ลงนามยินยอม โดยไม่มีการบังคับ ซึ่งคำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และ นำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการรายงาน ผลเป็นรายบุคคลหรือระบุรายชื่อบุคคลแต่อย่างใด และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการ วิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ

สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ลักษณะความเป็นอยู่ และระยะเวลาการ เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิต โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 140 คน ผู้วิจัยนำเสนอการวิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบการบรรยาย จำแนกเป็น ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 3

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 4-5

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหา แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 6-10

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 11-12

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 3

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ลักษณะความเป็นอยู่ และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเสนอผลการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ดังเสนอในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ลักษณะความเป็นอยู่ และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 140)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	93	66.4
	หญิง	47	33.6
อายุ $\bar{X} = 71.59$ SD = 6.69			
	60-69 ปี	55	39.3
	70-79 ปี	63	45.0
	≥ 80 ปี	22	15.7
สถานภาพ			
	โสด	10	7.1
	คู่	100	71.5
	หม้าย/หย่า	23	16.4
	แยกกันอยู่	7	5.0

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ลักษณะความเป็นอยู่ และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 140)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	3.6
	ประถมศึกษา	84	60.0
	มัธยมศึกษา	19	13.6
	อนุปริญญา	12	8.6
	ปริญญาตรี	19	13.6
	สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.7
รายได้ต่อเดือน			
	ไม่มีรายได้	35	25.0
	น้อยกว่า 5,000 บาท	34	24.3
	5,000-10,000 บาท	26	18.6
	10,001-15,000 บาท	16	11.4
	15,001-20,000 บาท	16	11.4
	มากกว่า 20,000 บาท	13	9.3

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ลักษณะความเป็นอยู่ และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 140)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะความเป็นอยู่			
	อยู่คนเดียว	7	5.0
	อยู่กับคู่สมรส	20	14.3
	อยู่กับคู่สมรส และบุตรหลาน	104	74.3
	อยู่กับญาติพี่น้อง	9	6.4
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง			
	1 เดือน – 3 เดือน	5	3.6
	> 3 เดือน – 6 เดือน	9	6.4
	> 6 เดือน – 9 เดือน	17	12.1
	> 9 เดือน – 12 เดือน	24	17.1
	มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	85	60.7

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 66.4 และเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 33.6 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 71.59 (SD = 6.69) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.5 จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 25 ในด้านความเป็นอยู่ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตร หลาน คิดเป็นร้อยละ 74.3 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 1 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60.7

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมิติคุณภาพชีวิตของ SF-12 version 2 ทั้ง 8 มิติ ในกลุ่มตัวอย่าง (n = 140)

มิติคุณภาพชีวิตของ SF-12 version 2	\bar{X}	SD
การทำงานด้านร่างกาย	47.59	10.08
บทบาทด้านร่างกาย	40.93	12.76
ความเจ็บปวดของร่างกาย	49.08	8.89
ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป	42.75	12.07
ความมีชีวิตชีวาหรือความกระปรี้กระเปร่า	54.99	10.44
การทำหน้าที่ทางสังคม	46.12	11.50
บทบาทด้านอารมณ์	48.74	10.36
สุขภาพจิต	53.33	8.39

จากตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ประเมินด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (SF-12 V2) ในทั้ง 8 มิติพบว่า มิติด้านความมีชีวิตชีวาหรือความกระปรี้กระเปร่ามีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 54.99 รองลงมา คือ มิติด้านสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.33 ต่อมาได้แก่ มิติด้านความเจ็บปวดของร่างกาย มิติบทบาทด้านอารมณ์ มิติการทำงานด้านร่างกาย มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 49.08, 48.74, 47.59, 46.12, และ 42.75 ตามลำดับ สำหรับมิติบทบาทด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 40.93

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (PCS) และ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต (MCS) ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 140)

คุณภาพชีวิต	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านสุขภาพกาย	43.37	9.93	ต่ำ
ด้านสุขภาพจิต	53.18	8.72	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 43.37$, SD = 9.93) แต่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 53.18$, SD = 8.72)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหา แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 6-9

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยของความยืดหยุ่นของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n = 140)

ตัวแปรต้น	\bar{X}	SD	ระดับ
ความยืดหยุ่น	138.86	14.69	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 138.86 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (121-146)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของระดับความยืดหยุ่นของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n = 140)

ระดับความยืดหยุ่น	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
สูง	147-175	44	31.43
ปานกลาง	121-146	79	56.43
ต่ำ	< 121	17	12.14

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ร้อยละ 56.43 มีความยืดหยุ่นอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 31.43 มีความยืดหยุ่นอยู่ในระดับสูง และมีความยืดหยุ่นในระดับต่ำจำนวนน้อยที่สุดร้อยละ 12.14

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามรายด้าน และโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n = 140)

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.09	0.91	มาก
ด้านอารมณ์	3.46	0.76	มาก
ด้านรูปธรรม	2.85	1.01	มาก
โดยรวม	3.23	0.74	มาก

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 3.23 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก (2.67-4.00) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 รองลงมา คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านรูปธรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 โดยคะแนนแต่ละด้านแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านรูปธรรมอยู่ในระดับมาก (2.67-4.00)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n = 140)

การเผชิญปัญหา	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	3.05	0.49	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับอารมณ์	1.84	0.53	น้อย
ด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก	3.15	0.40	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการเผชิญปัญหาที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกได้เท่ากับ 3.15 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใช้การเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกในระดับปานกลาง รองลงมาคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาได้เท่ากับ 3.05 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาในระดับปานกลาง และด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือด้านการจัดการกับอารมณ์

ได้เท่ากับ 1.84 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ในระดับน้อย

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญปัญหาจำแนกตามรายด้านของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n = 140)

การเผชิญปัญหา	คะแนนสัมพัทธ์	SD
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	0.38	0.05
ด้านการจัดการกับอารมณ์	0.23	0.05
ด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก	0.39	0.04

จากตารางที่ 10 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ของการเผชิญปัญหาที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกได้เท่ากับ 0.39 คะแนน รองลงมาคือด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาได้เท่ากับ 0.38 คะแนน และด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือด้านการจัดการกับอารมณ์ได้เท่ากับ 0.23 คะแนน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกมากที่สุด ตามมาด้วยด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านการจัดการกับอารมณ์เป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่ใช้น้อยที่สุด

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 11-12

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) (n = 140)

ตัวแปรต้น	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความยืดหยุ่น	.279**	.001
การสนับสนุนทางสังคม	.122	.151
การเผชิญปัญหา		
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	.197*	.020
ด้านการจัดการกับอารมณ์	-.260**	.002
ด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก	.083	.332

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 11 พบว่า ความยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ มีค่าเท่ากับ 0.279 สำหรับการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อพิจารณาการเผชิญปัญหารายด้านพบว่าการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเท่ากับ 0.197 และการเผชิญปัญหาด้านการจัดการอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเท่ากับ -0.260 สำหรับการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) (n = 140)

ตัวแปรต้น	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความยืดหยุ่น	.297**	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.060	.485
การเผชิญปัญหา		
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	.286**	.001
ด้านการจัดการกับอารมณ์	-.451**	.000
ด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก	.210*	.013

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 12 พบว่า ความยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.297 สำหรับการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อพิจารณาการเผชิญปัญหารายด้านพบว่า การเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาและด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเท่ากับ 0.286 และ 0.210 ตามลำดับ สำหรับการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเท่ากับ -0.451

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมประสาทของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ และสถาบันประสาทวิทยา ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปร โดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบที่ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันที่ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคู่ของตัวแปรที่มีมาตรวัดระดับช่วงมาตราขึ้นไป จะต้องทำการวิเคราะห์อำนาจทดสอบสำหรับคู่ของตัวแปรทุกคู่ เพื่อทราบจำนวนกลุ่มตัวอย่างทุกคู่ที่ต้องการ จากนั้นจึงเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างของคู่ของตัวแปรที่ต้องการขนาดกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด เพื่อให้ทุกคู่ของตัวแปรมีอำนาจทดสอบเพียงพอตามที่กำหนด (รัตนศิริ ทาโต, 2552)

1. ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05, .01 กำหนดระดับอำนาจทดสอบที่ 80% และกำหนดขนาดอิทธิพลจากการทำการศึกษา นำร่องของสุจรรยา โลหาชีวะ (2548) $r = .3$ และนำไปคำนวณด้วยโปรแกรม PASS ดังนั้นเพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 80.28% และมีโอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 19.72% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการทดสอบความสัมพันธ์คือ 125 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อลดความคลาดเคลื่อน เพิ่มประสิทธิภาพ และความมั่นใจในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็น 140 คน

2. สุ่มสังกัดของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครอย่างง่ายจาก 6 สังกัด ได้แก่ กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนายกรัฐมนตรี กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร และองค์การการกุศล ได้โรงพยาบาลที่เป็นตัวอย่างสุ่มสังกัดมา 3 สังกัด ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนายกรัฐมนตรี และองค์การการกุศล

3. โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร มี 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี และสถาบันประสาทวิทยา นำมาสุ่ม 1 ใน 4 โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ได้แก่ สถาบันประสาทวิทยา ส่วนสังกัดสำนักงานนายกรัฐมนตรีมี 1 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลตำรวจ ไม่ต้องทำการสุ่ม และสังกัดองค์การการกุศลมี 1 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ไม่ต้องทำการสุ่ม

4. กำหนดการสุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละโรงพยาบาลโดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันประสาทวิทยา แห่งละ 50 คน โรงพยาบาลตำรวจ 40 คน

5. กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษามาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมประสาท

2. รู้สึกตัวดี มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลเป็นปกติ ที่ไม่มีข้อจำกัดในการพูดและการฟัง

3. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

4. เป็นผู้ที่สามารถเข้าใจภาษาไทยและติดต่อสื่อสารได้

6. เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนจบ หรือ มีความจำนนขอออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 5 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 7 ข้อ 2) แบบวัดความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 25 ข้อ 3) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 7 ข้อ 4) แบบวัดการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 36 ข้อ 5) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (SF-12 V2) จำนวน 12 ข้อ รวมทั้งสิ้น 87 ข้อ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบความเที่ยง

เรียบร้อยแล้ว โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (SF-12 V2) เท่ากับ .84, .88, .75 และ .87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แต่ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ในกรณีที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา หรืออ่านหนังสือไม่ออก และมีสิทธิในการไม่ตอบข้อคำถามใด ๆ ที่ไม่ต้องการตอบ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ก่อนที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะเข้ารับการรักษาตามนัดจากแพทย์ กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จสมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำอย่างอื่นก่อน จะให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมที่ต้องทำก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมอื่นที่ต้องทำแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ลักษณะความเป็นอยู่ และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิต โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Coefficient)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 66.4 และเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 33.6 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 71.59 (SD = 6.69) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 71.5

จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 25 ในด้านความเป็นอยู่ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตร หลาน คิดเป็นร้อยละ 74.3 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 1 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60.7

2. คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 8 มิติพบว่า มิติด้านความมีชีวิตชีวาหรือความกระปรี้กระเปร่ามีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 54.99 รองลงมา คือ มิติด้านสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.33 ต่อมาได้แก่ มิติด้านความเจ็บปวดของร่างกาย มิติบทบาทด้านอารมณ์ มิติการทำงานด้านร่างกาย มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 49.08, 48.74, 47.59, 46.12, และ 42.75 ตามลำดับ สำหรับมิติบทบาทด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 40.93

3. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายในระดับต่ำ ($\bar{X} = 43.37$, $SD = 9.93$) แต่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 53.18$, $SD = 8.72$)

4. คะแนนความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 138.86 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (121-147) โดยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ร้อยละ 56.43 มีความยืดหยุ่นอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 31.43 มีความยืดหยุ่นอยู่ในระดับสูง และมีความยืดหยุ่นในระดับต่ำจำนวนน้อยที่สุดร้อยละ 12.14

5. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 3.23 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก (2.67-4.00) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 รองลงมา คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านรูปธรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 โดยคะแนนแต่ละด้านแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านรูปธรรมอยู่ในระดับมาก (2.67-4.00)

6. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการเผชิญปัญหาที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกได้เท่ากับ 3.15 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใช้การเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาได้เท่ากับ 3.05 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง และด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือด้านการจัดการกับอารมณ์ได้เท่ากับ 1.84 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์อยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาคะแนนสัมพัทธ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ของการเผชิญปัญหาที่มี

คะแนนมากที่สุด คือ ด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกได้เท่ากับ 0.39 คะแนน รองลงมาคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาได้เท่ากับ 0.38 คะแนน และด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ ด้านการจัดการกับอารมณ์ได้เท่ากับ 0.23 คะแนน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญปัญหา ด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกมากที่สุด ตามมาด้วยด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านการจัดการกับอารมณ์เป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่ใช้น้อยที่สุด

7. ความยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเท่ากับ 0.279 สำหรับการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อพิจารณาการเผชิญปัญหารายด้านพบว่า การเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเท่ากับ 0.197 และการเผชิญปัญหาด้านการจัดการอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเท่ากับ -0.260 สำหรับการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

8. ความยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเท่ากับ 0.297 สำหรับการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อพิจารณาการเผชิญปัญหารายด้านพบว่า การเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาและด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเท่ากับ 0.286 และ 0.210 ตามลำดับ สำหรับการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเท่ากับ -0.451

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.4) โดยอยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 45) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 71.59 ปี ในด้านสถานภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.5 จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด พบร้อยละ 60 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้คิดเป็นร้อยละ 25 ในด้านลักษณะความเป็นอยู่ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตร หลาน คิดเป็นร้อยละ 74.3 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 1 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุญา บำรุงพันธุ์, กรรณิกา อำพนธ์ และพัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ (2553) ที่ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพระปกเกล้า ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60 มีช่วงอายุ 70 - 79 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือสถานภาพหม้ายร้อยละ 35 และแหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพบว่ามีบัตรประกันสุขภาพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65 จะเห็นว่าปัจจัยด้านเพศ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และปัจจัยด้านอายุ พบในช่วงอายุ 70-79 ปีมากที่สุด เนื่องจากความชุกของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่รอดชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี โดยอายุและเพศเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และจะพบโรคหลอดเลือดสมองในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (กิงแก้ว ปาจริย์, 2547; นิจศรี ชาญณรงค์, 2543; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550; กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และคณะ, 2551)

1.1 ศึกษาความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 138.86 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (121-147) โดยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ร้อยละ 56.43 มีความยืดหยุ่นอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 31.43 มีความยืดหยุ่นอยู่ในระดับสูง และมีความยืดหยุ่นในระดับต่ำจำนวนน้อยที่สุดร้อยละ 12.14 เมื่อ

พิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ฉันทู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองเมื่อฉันทำอะไรสำเร็จในชีวิต ($\bar{X} = 6.60$) ฉันเป็นเพื่อนที่ดีกับตัวเอง ($\bar{X} = 6.41$) และชีวิตของฉันมีความหมาย ($\bar{X} = 6.34$) ตามลำดับ (ตารางที่ 13) สามารถอธิบายได้จากคุณลักษณะของความยืดหยุ่นซึ่งประกอบด้วย 1) ชีวิตที่มีความหมาย (Meaningful Life) 2) ความอดุสาหะ (Perseverance) 3) ความสมดุลของใจ (Equanimity) 4) ความมั่นใจในตนเอง (Self Reliance) และ 5) ความสามารถในการอยู่ตามลำพังได้ (Existential Aloneness) (Wagnild and Young, 2003; Wagnild, 2009; Wagnild, 2010) โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะของชีวิตที่มีความหมาย ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่สำคัญที่สุดเนื่องจากเป็นคุณลักษณะพื้นฐานของคุณลักษณะอื่น แสดงว่าผู้สูงอายุมีเป้าหมายสำคัญในชีวิตแม้ว่าจะต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้แต่ก็สามารถทำให้ชีวิตดำเนินต่อไปได้ คุณลักษณะของความมั่นใจในตนเองจากการเรียนรู้ปัญหาจากประสบการณ์เดิมนำมาพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตมากกว่าวัยอื่น ร่วมกับการนึกถึงความสำเร็จที่ผ่านมาในอดีต ส่วนคุณลักษณะของความสามารถในการอยู่ตามลำพังได้โดยการเป็นเพื่อนที่ดีที่สุดของตนเอง แสดงว่ายอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ซึ่งคะแนนความยืดหยุ่นที่อยู่ในระดับปานกลางนั้น อาจเกิดจากความสัมพันธ์ของความยืดหยุ่นกับระดับการศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพ ซึ่งผู้ที่มีความยืดหยุ่นในระดับสูงจะมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาสูง (Rabkin et al., 1993 cited in Wagnild, 2003) จากกลุ่มตัวอย่างจะพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา และมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนความยืดหยุ่นในระดับปานกลางได้ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีระดับความยืดหยุ่นปานกลาง แต่ระดับความยืดหยุ่นสามารถเพิ่มขึ้นได้จากการที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับการกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลในสังคม (Wagnild, 2003) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่น ความยืดหยุ่นเป็นปัจจัยสำคัญที่มีต่อการเจ็บป่วยทางร่างกาย เช่น การดูแลตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย การรับรู้ความปวด การออกกำลังกาย และผลลัพธ์ทางร่างกาย (Stewart and Yuen, 2011)

1.2 ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (2.34-3.67) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในรายด้าน คือ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้าน

อารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 รองลงมา คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านรูปธรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 และเมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์เป็นด้านที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุด คือ ให้ความสนใจ เอาใจใส่ ทุกข์สุข ($\bar{X} = 3.51$) รองลงมา คือ ช่วยให้มีขวัญและกำลังใจเมื่อท้อแท้ ($\bar{X} = 3.49$) สามารถให้ความไว้วางใจ สามารถปรึกษาและบอกความในใจได้ ($\bar{X} = 3.43$) และให้ความมั่นใจว่าเขาจะอยู่ช่วยเหลือเมื่อต้องการ ($\bar{X} = 3.41$) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านรูปธรรม คือ ให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการเงิน หรือต้องการความช่วยเหลือที่รีบด่วน ($\bar{X} = 3.24$) และให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน ($\bar{X} = 2.46$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร คือ ให้คำแนะนำและแนวทางการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์ ($\bar{X} = 3.09$) (ตารางที่ 14) การศึกษาที่ใกล้เคียงกันคือ สุปราณี แดงวงษ์ และคณะ (2548) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือด้านสิ่งของ การศึกษาของ สุจรรยา โลหาชีวะ (2548) พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านรูปธรรมมากที่สุด คือ ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน ($\bar{X} = 2.94$) รองลงมาเป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ คือ ให้ความมั่นใจว่าเขาจะอยู่ช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ ($\bar{X} = 2.60$) และข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถให้ความไว้วางใจ สามารถปรึกษาและบอกความในใจได้ ($\bar{X} = 1.98$) สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ (2543) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่ายซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ผูกพัน การได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆ การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน การรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง และรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จะช่วยตอบสนองความต้องการของคุณ ลดความเครียด ทำให้บุคคลมีความหวังและกำลังใจมากขึ้น ทำให้มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต สุปราณี แดงวงษ์ และคณะ (2548) กล่าวว่าหากผู้สูงอายุมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ และให้การดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส ญาติพี่น้อง และเพื่อน ซึ่งความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุจะมากหรือน้อยแตกต่างกันตามความต้องการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์เป็นด้านที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัวมากที่สุด ซึ่งเป็นด้านที่มีความสำคัญในการดูแลด้านจิตใจและสังคม

ของผู้ป่วยมากที่สุด ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีกำลังใจและมีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตต่อไป ตามมาด้วยด้านรูปพรรณที่มีผลต่อการดูแลด้านร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วย หากยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ การสนับสนุนด้านนี้ในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันก็จะน้อยลงไปด้วย แต่การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้อาจมีผลต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับ โดยอินทุกานต์ กุลไวย, สุวณีย์ เกี่ยวกิงแก้ว และอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ (2553) กล่าวว่าผู้สูงอายุมีความต้องการพึ่งพาสมาชิกคนอื่น ๆ ด้านเศรษฐกิจ ด้านการคมนาคม เนื่องจากการมีรายได้ลดลง และความแข็งแรงของร่างกายลดลง การมีบุคคลใกล้ชิดดูแลด้านการเงิน และการเดินทาง จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองต่อไปได้

1.3 ศึกษาการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการเผชิญปัญหาที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกได้เท่ากับ 3.15 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใช้การเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาได้เท่ากับ 3.05 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง และด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือด้านการจัดการกับอารมณ์ได้เท่ากับ 1.84 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์อยู่ในระดับน้อย และเมื่อพิจารณาคะแนนสัมพัทธ์ของการเผชิญปัญหาที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกได้เท่ากับ 0.39 คะแนน รองลงมาคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาได้เท่ากับ 0.38 คะแนน และด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือด้านการจัดการกับอารมณ์ได้เท่ากับ 0.23 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ จรัสสุโรลิน (2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในระดับต่ำ มีการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบเผชิญหน้ากับปัญหา มากกว่าแบบบรรเทาอารมณ์ตั้งเครียด และแบบลดอารมณ์ตั้งเครียด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.54, 2.38 และ 1.93 ตามลำดับ และการศึกษาของสุภาพร จงประกอบกิจ (2551) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดใช้การเผชิญปัญหาทั้งด้านเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียดร่วมกัน โดยมีสัดส่วนการเผชิญหน้ากับปัญหา มากที่สุด รองลงมาคือด้านการบรรเทาความเครียด และการเผชิญปัญหาที่ใช้น้อยที่สุดคือด้านการจัดการกับอารมณ์ จะเห็นได้ว่าการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านการเผชิญ

ปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก เป็นการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดโดยมีค่าเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกันมาก และการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์ เป็นการเผชิญปัญหาที่ใช้บ่อยที่สุด ซึ่งสนับสนุนตามแนวความคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ที่กล่าวว่า การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยเป็นการผสมผสานระหว่างพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาแบบเผชิญหน้ากับปัญหา และพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาแบบจัดการกับอารมณ์

เมื่อพิจารณาการเผชิญปัญหาแต่ละด้านในรายข้อ เริ่มจากด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกรายข้อ พบว่าวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ 1) สวดมนต์ เชื่อในสิ่งศักดิ์ หรือสิ่งที่เชื่อถือ 2) ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นอย่างจริง 3) ยอมรับปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่างๆ อาจเลวร้ายได้ (ตารางที่ 17) สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี มิ่งขวัญ (2542) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรก que เลือกใช้การเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) สวดมนต์ เชื่อในสิ่งศักดิ์ หรือสิ่งที่เชื่อถือ 2) ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นอย่างจริง และ 3) บอกตนเองไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพพระยะหลังที่เลือกใช้การเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นอย่างจริง 2) บอกตนเองไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น และ 3) หวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น ตามลำดับ ในด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา พบว่าวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา 2) ขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน และ 3) คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ ตามลำดับ (ตารางที่ 15) สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี มิ่งขวัญ (2542) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรก que เลือกใช้การเผชิญหน้ากับปัญหา 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้ 2) ลดความเครียดโดยการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย 3) คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพพระยะหลังที่เลือกใช้การเผชิญหน้ากับปัญหา 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) ลดความเครียดโดยการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย 2) ขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน และ 3) พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้ ตามลำดับ ส่วนด้านการจัดการกับอารมณ์ พบว่าวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ 1) กังวลใจ 2) อารมณ์เสีย ฉุนเฉียว สบประสพ และ 3) คิดฝันหรือเพ้อฝันไปเรื่อย ตามลำดับ (ตารางที่ 16) สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี มิ่งขวัญ (2542) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรก que เลือกใช้ ด้านการจัดการกับอารมณ์ 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) กังวลใจ 2)

กระวนกระวาย หงุดหงิดใจ และ 3) อารมณ์เสีย ขุนเขี้ยว สบประพาส ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลังที่เลือกใช้ด้านการจัดการกับอารมณ์ 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) กระวนกระวาย หงุดหงิดใจ 2) กังวลใจ และ 3) คิดฝันหรือเพ้อฝันไปเรื่อย ตามลำดับ

การเผชิญปัญหาเป็นความพยายามของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดการกับปัญหาตามที่บุคคลได้ประเมินไว้ ซึ่งต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างมาก เมื่อเกิดปัญหาขึ้นหากบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นอันตราย หรือทำร้ายบุคคลก็จะหาวิธีการเผชิญปัญหา (Lazarus and Folkman, 1984) ซึ่ง Jalowiec (1988) แบ่งการเผชิญปัญหาออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก โดยบุคคลจะมีการใช้การเผชิญปัญหาได้ทั้ง 3 ด้าน ซึ่งการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์จะเกิดขึ้นที่หลังเกิดปัญหา จากนั้นจะมีการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา บุคคลใช้การเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์เมื่อไม่สามารถควบคุมปัญหา หรือเปลี่ยนแปลงสิ่งนั้นได้ (Lazarus and Folkman, 1984) Ahmed et al. (2005) ศึกษาการประเมินปัญหาและวิธีการเผชิญปัญหาที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ประเมินปัญหาว่าเป็นอันตรายหรือผู้ที่ขาดประสบการณ์จะมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจที่ไม่ดี และเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการวินิจฉัยโรคของตนเป็นอันตรายหรือต้องได้รับการรักษาอย่างมาก กลุ่มตัวอย่างจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบให้ความสนใจกับอารมณ์ แต่เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการวินิจฉัยโรคของตนเป็นสิ่งทำร้าย กลุ่มตัวอย่างจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบให้ความสนใจกับปัญหา

ผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญปัญหาด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกมากที่สุด อาจเกิดจากที่ผู้สูงอายุประเมินการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองว่ามีผลกระทบต่อชีวิตในทุกด้าน และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้เหมือนก่อน ซึ่งเป็นปัญหาที่ไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงปัญหาได้ จึงเปลี่ยนแปลงการรับรู้ปัญหาของตนเพื่อให้เกิดความสบายใจมากขึ้น สามารถยอมรับและปรับตัวกับภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นได้ การเผชิญปัญหาด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ สวดมนต์ เชื่อในสิ่งศักดิ์ หรือสิ่งที่เชื่อถือ และยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตมากกว่าวัยอื่น และการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้เมื่ออายุมากขึ้น จึงยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้มากกว่าวัยอื่นร่วมกับการมีความเชื่อทางศาสนาและด้านจิตวิญญาณซึ่งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของคนในสังคมไทย จึงใช้การสวดมนต์ เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ซึ่งทำให้เกิดความสบายใจ

มากขึ้นได้ ส่วนการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา กลุ่มตัวอย่างพยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา ขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน และคิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตมากกว่าวัยอื่น เมื่อเกิดปัญหาจึงพยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้แก้ปัญหา นอกจากนั้นการคิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์เป็นวิธีการที่เหมาะสม เนื่องจากเป็นการควบคุมไม่ให้อาการของโรครุนแรงขึ้น ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งระยะเวลาของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อการใช้วิธีการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) ส่วนด้านการจัดการกับอารมณ์ อาจเกิดจากผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงเกิดความกังวลใจ และอารมณ์เสียได้ ที่ไม่สามารถทำอะไรได้ด้วยตนเองทั้งหมด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับอาการทางร่างกายและอารมณ์ ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาจะประกอบด้วยการคงไว้ซึ่งการมีทัศนคติทางบวกและการไม่ต้องพึ่งพา ความหวังเกิดได้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ความเชื่อทางศาสนา และการปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจการยอมรับต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยและช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยเพื่อจัดหาแนวทางการดูแลที่สนับสนุนวิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (Popovich, Fox, and Bandagi, 2007) ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพที่มีความสำคัญ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมักมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (King, 1996 cited in Tariah, Hersch and Ostwald, 2006)

1.4 ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 43.37$, $SD = 9.93$) แต่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 53.18$, $SD = 8.72$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Petal et al. (2006) ที่พบว่าความพึงพอใจยังคงพบได้สูงขึ้นหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว 3 ปี โดยพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพทางร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ แต่การรับรู้ภาวะสุขภาพทางจิตใจมีความพึงพอใจมากขึ้น Dayapoglu and Tan (2010) ศึกษาคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางการแพทย์ที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 37.08 ± 17.03 สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีประโยชน์ในการทำความเข้าใจการรับรู้ของบุคคลต่อคุณภาพชีวิตและการปรับตัวเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลที่ดีขึ้นกว่าเดิม (de Haan et al., 1993 cited in Widar et al., 2004) การศึกษาของค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีความสำคัญในการทำความเข้าใจคุณภาพชีวิต โดยมี 4 องค์ประกอบที่นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) สุขภาพกาย พิจารณาจากโรคและอาการที่เกี่ยวข้องกับการรักษา 2) ความสามารถในการทำกิจกรรม พิจารณาจากการเคลื่อนไหวร่างกาย การดูแลตนเอง และการทำหน้าที่ตามบทบาทของตน 3) สุขภาพจิต พิจารณาจากระดับการคิดรู้ ความผาสุก สภาพอารมณ์ การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป และความสุข 4) สุขภาพทางสังคม พิจารณาจากจำนวนและคุณภาพของการติดต่อและการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Lau, McKenna, Chan, and Cummins, 2003 cited in Tariah, Hersch and Ostwald, 2006) โดย Widar, Ahlstrom and Ek (2004) พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การคิดรู้ ความมั่นคงทางการเงิน และการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน Petal et al. (2007) ศึกษาพบว่าทำให้ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะมีการเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและทัศนคติด้านร่างกายหรือด้านจิตใจ Dayapoglu and Tan, (2010) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมจะเปลี่ยนแปลงตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะความเป็นอยู่ ภาวะโรคร่วม รอยโรคในสมอง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับการศึกษาของผู้ดูแล Ellis, Grubaugh and Egede (2011) ศึกษาปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะโรคร่วม และระดับความพิการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะโรคร่วมและความพิการจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบที่แตกต่างกันต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Singhpoo et al. (2011) ศึกษาพบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระดับความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นจากผลการวิจัยครั้งนี้อาจอธิบายได้จากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะความเป็นอยู่ และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จึงอาจทำให้มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายในระดับต่ำ และมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง โดยผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ มีการทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลง นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุมักมีภาวะโรคร่วม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จบการศึกษาระดับ

ประถมศึกษา จึงอาจทำให้มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Singhpoo et al. (2011) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ได้แก่ เพศชาย ระดับการศึกษาที่สูงกว่าปริญญาตรี และการว่างงาน แต่การที่กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.5 อาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตร หลาน คิดเป็นร้อยละ 74.3 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 1 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60.7 จึงได้รับการดูแลทางด้านอารมณ์และจิตใจมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะเวลาสั้น อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวกับภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นได้ จึงมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Singhpoo et al. (2011) ที่ศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความรุนแรงของโรค Belvis et al. (2008) ที่ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่แต่งงานและไม่ได้อยู่ตามลำพังมีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิตในระดับสูง และผู้สูงอายุที่มีการพบปะเพื่อนฝูงเป็นประจำมีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิตในระดับสูง แต่ผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยพบปะเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายในระดับต่ำ แต่การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาปัจจัยด้านภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ จึงไม่อาจสรุปได้ว่ามีความสัมพันธ์คะแนนคุณภาพชีวิตทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ข้อจำกัดด้านร่างกาย อารมณ์ การคิดรู้ การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และอารมณ์ ความยากลำบากทางร่างกายและจิตใจ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกหมดหวัง การหมดหนทาง ความวิตกกังวล และระดับการพึ่งพา (Ahlsio et al., 1984; Niemi et al., 1988; Kim et al., 1999; Smout et al., 2001; Mackenzie & Chang, 2002; Lau et al., 2003 cited in Tariah, Hersch and Ostwald, 2006)

เมื่อพิจารณาทั้ง 8 มิติของคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างพบว่า มิติด้านความมีชีวิตชีวาหรือความกระปรี้กระเปร่า มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 54.99 รองลงมา คือ มิติด้านสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.33 ต่อมาได้แก่ มิติด้านความเจ็บปวดของร่างกาย มิติบทบาทด้านอารมณ์ มิติการทำงานด้านร่างกาย มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 49.08, 48.74, 47.59, 46.12, และ 42.75 ตามลำดับ สำหรับมิติบทบาทด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 40.93 ซึ่งการพิจารณามิติของคุณภาพชีวิตใน 8 มิตินั้นมีงานวิจัยอื่นที่ได้

ศึกษาไว้เช่นกัน ได้แก่ Singhpo, et al. (2009) ที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผลการศึกษาในด้านคุณภาพชีวิตพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตค่อนข้างดีในทุกด้าน โดยด้านที่ดีที่สุด คือ ด้านสุขภาพจิต โดยมีค่าคะแนนร้อยละ 69.5 รองลงมาคือด้านบทบาทหน้าที่ที่ถูกจำกัดเพราะปัญหาสุขภาพจิต โดยมีค่าคะแนนร้อยละ 68.0 ส่วนด้านที่ไม่ดีที่สุด คือ ด้านความมีชีวิตชีวา พละกำลังหรือเหนื่อยล้าหมดกำลังใจ โดยมีค่าคะแนน 60.0 และด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป โดยมีค่าคะแนนร้อยละ 60.0 ซึ่งมีผลต่อความรู้สึกที่ตัวเองแย่งลง หรือรู้สึกเหนื่อยและหมดแรง ส่วนอนันัญญา บำรุงพันธุ์, กรรณิกา อัมพันธ์ และพัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ (2553) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายต่อความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพระปกเกล้า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยโดยรวมสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และผลที่พบในการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย ภาวะด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ร้อยละ 62.8 และ 60.6 เรียงตามลำดับก่อนหลัง แต่พบว่าคะแนนด้านความมีชีวิตชีวา พละกำลังที่ลดลง เกิดความเหนื่อยล้าและท้อแท้อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 43.75) แม้ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายแล้วก็ตาม และยังได้อธิบายไว้ว่าจากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 70 - 79 ปีถึงร้อยละ 60 และการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมักมีพื้นฐานจากการมีโรคอยู่เดิม เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือโรคหัวใจ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนได้ง่าย Widar, Ahlstrom and Ek (2004) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในระยะยาวด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีมิติของคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุจะมีมิติการทำหน้าที่ด้านร่างกายในระดับต่ำ และกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับต่ำ เนื่องจากได้รับความทรมานจากความเจ็บปวดด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาเป็นระยะเวลาาน Samsa and Matchar (2004) ทำการศึกษาโดยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงเวลา 1 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือนตามลำดับ พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีแต่เป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (Spearman correlation <0.25) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความสามารถเท่ากันอาจมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันได้ การทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นในทุกช่วงเวลาเป็นสิ่งที่ดีที่สุด ดังนั้นคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความแตกต่างกันซึ่งไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับของการทำหน้าที่ด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่า ความยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ 0.279 และความยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ 0.297 สรุปว่าความยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Wells (2010) ที่ศึกษาความยืดหยุ่นในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท ชานเมือง และในเมือง พบว่าความยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิต แต่การศึกษาของ Nygren et al. (2005) พบว่าความยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี (Widar et al., 2004) แต่ Stewart and Yuen (2011) กล่าวว่าความยืดหยุ่นเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่ง Seale et al. (2010) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นถ้ามีอาการทางบวกเพิ่มขึ้นในช่วงเวลา มากกว่า 3 เดือนจะมีความสัมพันธ์กับการฟื้นสภาพการทำงานที่ด้านร่างกายที่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ทางบวกหรือการมีอารมณ์ทางบวกลดลง ซึ่งอารมณ์ทางบวกเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา นอกจากนั้น Beutel et al. (2009) ได้ศึกษาความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความยืดหยุ่นในช่วงชีวิตของผู้ชาย พบว่าความพึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่น การมีงานทำ การมีคู่ชีวิต ความมั่นใจในตนเอง มีรายได้เพียงพอ ไม่มีความวิตกกังวล และไม่มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Almborg et al. (2010) ซึ่งพบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ เนื่องจากการมีความยืดหยุ่นที่ดีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่น้อยกว่า การรับรู้ความเครียดน้อยกว่า มีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่า และการมองโลกในแง่ดี Casey et al. (2008) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า แม้ว่าผู้ป่วยจะมีภาวะทุพพลภาพจากการเจ็บป่วยแต่ก็ยังคงมีความคิดทางบวกต่อสุขภาพของตนเอง นอกจากนั้นยังพบว่า ปัจจัยอื่นๆที่ประกอบด้วย ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พยายามที่จะปรับปรุงภาวะทุพพลภาพที่

เกิดขึ้นให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ดังนั้นหากผู้ป่วยมีความยืดหยุ่นซึ่งเป็นคุณลักษณะทางบวกของผู้สูงอายุ ที่ช่วยให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ยากลำบากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและทำให้สามารถปรับตัวในทางบวกได้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chan, Lai and Wong (2006) ที่ศึกษาผลของความยืดหยุ่นที่มีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศจีน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความยืดหยุ่นในระดับสูงจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและจิตใจดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความยืดหยุ่นในระดับต่ำ โดยคุณลักษณะของความยืดหยุ่นประกอบด้วย 1) ชีวิตที่มีความหมาย 2) ความอดุสาหะ 3) ความสมดุลของใจ 4) ความมั่นใจในตนเอง และ 5) ความสามารถในการอยู่ตามลำพังได้ ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้มีความสัมพันธ์กัน โดยบุคคลแต่ละคนมีความยืดหยุ่นที่เป็นความสามารถในการกลับสู่สภาพปกติและดำเนินชีวิตต่อไปได้ ผู้ที่มีความยืดหยุ่นจะตอบสนองการเจ็บป่วยในทางที่มีประสิทธิภาพ และความยืดหยุ่นเป็นสิ่งสำคัญต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ช่วยปกป้องและช่วยให้ฟื้นกลับมาจากอารมณ์ด้านลบต่างๆ และมีศักยภาพที่ช่วยลดอารมณ์ด้านลบที่เกิดจากปัญหาด้านร่างกายได้ หากมีความยืดหยุ่นมากก็จะช่วยทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ (Wagnild and Young, 2003; Wagnild, 2009; Wagnild, 2010)

2.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งมีการศึกษาที่ใกล้เคียงกันของนิตยา ศรีสุข (2551) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม อาการไม่สบาย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านอารมณ์ และการศึกษาของ McGurk (2010) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิต ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่าคุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม แต่การศึกษาของ สุจรรยา โลหะชีวะ (2548) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากปัจจัยที่มีผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคม

ที่ดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Kim et al., 1999 cited in Tariah, Hersch and Ostwald, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Drageset, et al. (2009) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และศึกษาว่าการมองโลกในแง่ดีจะมีผลกับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ ≥ 65 ปี ในสถานบริบาล ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นมีความสำคัญกับสุขภาพจิต การมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ Almborg et al. (2010) ศึกษาพบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ส่วนบุคคลและการมีกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ส่วน Dayapoglu and Tan (2010) ศึกษาคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ และพบว่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตไม่ว่าจะเป็นด้านความสามารถในการทำหน้าที่ ความผาสุก การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป และคุณภาพชีวิตโดยรวม ดังนั้นพยาบาลจึงควรตระหนักว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และพยาบาลควรเอาใจใส่กับความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุเป็นประจำทุกวัน (Drageset et al., 2009) นอกจากนี้ Huang et al. (2010) เสนอว่าการสนับสนุนทางสังคมในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและคุณภาพชีวิตหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจจะช่วยให้อาการสามารถวางแผนพัฒนาโปรแกรมการดูแล การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การจัดหาแหล่งทรัพยากรการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และการฟื้นฟูสภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเครียดจากการขาดการสนับสนุนที่ดี

เมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 60 จึงอาจมีผลต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Goz et al. (2007) ที่พบว่าระดับการศึกษาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และยังพบว่าระดับการศึกษาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ดังนั้น ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะมีการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตสูงขึ้นด้วย สุปราณี แดงวงษ์ และคณะ (2548) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร พบว่าระดับการศึกษาของมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ของผู้สูงอายุ เนื่องจากการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาความรู้ ทักษะที่ดีต่อตนเอง ทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเอง การซักถามปัญหา การรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย (Muhlenkamp and Sayles, 1986 อ้างถึงใน สมบัติไชยวัฒน์ และคณะ, 2543) นอกจากนี้ พรทิพย์ มาลาธรรม, จิราพร คงเยี่ยม และประคอง อินทรสมบัติ (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท พบว่าการรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวและการรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุไม่รับรู้ อาจไม่ช่วยส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ในสังคมไทยผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างสม่ำเสมอแม้ไม่ได้เจ็บป่วย ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยก็ยังได้รับการดูแลจากครอบครัวเช่นเดิม จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเคยชินจนไม่ได้รับรู้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าการศึกษาคั้งนี้ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยอย่างต่อเนื่องอาจมีผลต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

พิจารณาการเผชิญปัญหารายด้านพบว่า การเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ 0.197 และการเผชิญปัญหาด้านการจัดการอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ -0.260 สำหรับการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาและด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ 0.286 และ 0.210 ตามลำดับ สำหรับการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์

ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเท่ากับ -0.451

สรุปได้ว่าการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ แต่การเผชิญปัญหาด้านการจัดการอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ สำหรับการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาที่ใกล้เคียงกันของสุภาภรณ์ สังฆมรรท (2549) พบว่าการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก วาสนี ชาญศรี (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าครอบครัวที่ใช้การเผชิญปัญหาด้านมุ่งแก้ที่ปัญหาค่อนข้างบ่อย และใช้การเผชิญปัญหาด้านมุ่งแก้ที่อารมณ์ค่อนข้างน้อย โดยการเผชิญปัญหาด้านมุ่งแก้ที่ปัญหามีความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำในทางลบกับความผาสุกในครอบครัว การเผชิญปัญหาด้านมุ่งแก้ที่อารมณ์มีความสัมพันธ์ค่อนข้างน้อยในทางลบกับความผาสุกในครอบครัว เนื่องจากวิธีการเผชิญปัญหามีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคล (Fok, Chair and Lopez, 2005) คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพที่มีความสำคัญ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับอาการทางร่างกายและอารมณ์ ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาจะประกอบด้วย การคงไว้ซึ่งการมีทัศนคติทางบวกและการไม่ต้องพึ่งพา (Popovich, Fox, and Bandagi, 2007) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมักมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (King, 1996 cited in Tariah, Hersch and Ostwald, 2006) จากผลการวิจัยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ จรัสสุโรสิน (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา และภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม

พบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบลดอารมณ์ตั้งเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบเผชิญหน้ากับปัญหา และแบบบรรเทาอารมณ์ตั้งเครียดกับภาวะสุขภาพ คุสมาน อิบราฮิม และคณะ (2009) พบว่าการเผชิญปัญหาด้านมุ่งจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวม การเผชิญปัญหาด้านมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม Wolters et al. (2010) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพการคิดรู้ และศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญปัญหาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่าวิธีการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบให้ความสนใจปัญหาลดลงแต่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบที่ให้ความสนใจกับอารมณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสามารถทำนายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาวได้ Popovich, Fox and Bandagi (2007) เสนอว่า พยาบาลควรดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเผชิญปัญหาด้วยการรับฟัง ให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ไม่ให้ผู้ป่วยโทษตนเอง สนับสนุนให้ผู้ป่วยพึ่งตนเอง ช่วยเหลือผู้ป่วยในการประเมินปัญหาอีกครั้ง และเอาใจใส่ความก้าวหน้าของผู้ป่วย ยิ่งไปกว่านั้นการค้นพบสัญญาณเริ่มแรกของการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้พยาบาลสามารถดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากผลการวิจัยที่พบว่าความยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลควรประเมินระดับความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และต่อเนื่องจนกระทั่งกลับบ้าน เนื่องจากความยืดหยุ่นเป็นคุณลักษณะทางบวกที่สำคัญของผู้สูงอายุ และผู้ที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพยาบาลสามารถส่งเสริมระดับความยืดหยุ่นให้ผู้ป่วยและส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตต่อไปได้

1.2 จากผลการวิจัยที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลควรประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม และเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มเติมจากการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัว เช่น การสนับสนุนทาง

สังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ และเพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ในการให้ความร่วมมือและให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งในด้านข้อมูลข่าวสารด้านอารมณ์ และด้านรูปธรรม เพื่อให้ครอบครัวมีความมั่นใจและมีกำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต่อไป นอกจากนี้พยาบาลควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งทางตรงและทางอ้อม เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความรู้เรื่องโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วย และร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพด้านต่างๆ เช่น นักกายภาพบำบัดในการให้ความรู้เรื่องการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

1.3 จากผลการวิจัยที่พบว่าการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้านใดนั้นอาจขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล พยาบาลควรประเมินการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายในทุกระยะของโรค และสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปรับตัวได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาได้

1.4 เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยคำนึงถึงความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กัน และควรให้ควรได้รับการติดตามดูแลด้านจิตใจและสังคมในระยะยาวอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนถึงวันที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นบริการที่ผู้ป่วยมีความต้องการอย่างแท้จริงและยังช่วยจูงใจให้ผู้ป่วยเข้าสู่โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพได้รวดเร็วขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมความต้องการทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเช่นเดียวกับการให้การดูแลด้านร่างกายในระยะยาวเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

2.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในทุกๆ ของโรคให้สามารถประเมินความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ เพื่อเป็นการพัฒนาทักษะ และความรู้ความสามารถของบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยให้ความสำคัญกับด้านจิตใจและสังคมมากขึ้น และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมได้

2.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมมากขึ้น เพื่อเป็นการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลให้มีความหลากหลายและมีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

3.1 เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน โดยให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างครอบคลุมทุกมิติและทุกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยคำนึงถึงความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหา รวมทั้งสามารถนำไปเป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ ในลำดับต่อไป

3.2 ควรจัดการอบรมให้พยาบาลมีความรู้ในการประเมินและความรู้ในการส่งเสริมความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลด้านจิตใจและสังคม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะโรคร่วมเพิ่มเติม เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องกลับเข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ตามมา ซึ่งส่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิตได้

2. ควรมีการศึกษาความยืดหยุ่นในด้านความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต่อไป เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต นอกจากนั้นควรมีการหาความสัมพันธ์ของความยืดหยุ่นในการวิจัยผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

3. การศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการสนับสนุนทางสังคมที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จึงควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่มีความเฉพาะเจาะจงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลต่อไป

4. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในเชิงคุณภาพและปริมาณให้มากขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอที่จะสามารถนำมาปรับการวางแผนการพยาบาล หรือนำมาสร้างโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, Lim, S., ภัทรพรรณ อดทน และสิรินทร์ยา พูลเกิด. (2551). การสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย. ใน วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์ และดารณี สุวพันธ์. (2551). **ก้ำกั้นการรักษารโรคหลอดเลือดสมอง Update on Post stroke Management**. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- กรรณิการ์ ภาวะไพบูลย์. (2546). **พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรองแก้ว ราษฎร์ดี. (2550). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะ รอดตรวจคัดกรองเบาหวาน กับการเผชิญปัญหาของสตรีตั้งครรภ์**. วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤษณา พิรเวช. (2552). การฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. ใน นิจศรี ชาญนรงค์. (2552). **การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2547). **การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. กรุงเทพฯ: แอล.ที. เพรส.
- คุสมาน อิบราฮิม, สุนุดรา ตระบูรพงศ์ และกิตติกร นิลมานันต์. (2009). ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดในเมืองบันดุง ประเทศอินโดนีเซีย. **วารสารวิจัยทางการแพทย์**. 13(2): 109-117.
- ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช. (2550). **เลี้ยงอัมพฤกษ์อัมพาต จากหลอดเลือดสมองแตก**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ใกล้หมอ.
- ชูลีพร เซาว์นเมธากิจ และคณะ. (2550). **คู่มือการดูแลตนเอง : โรคเรื้อรัง**. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- ทศพร คำผลศิริ. (2548). คุณภาพชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. **วารสารสภา การพยาบาล**. 20(1): 65-74.

- ธัญลักษณ์ แสนสุข. (2551). **ประสบการณ์การฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ**
สีนามิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล
 ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นารีรัตน์ เชื้อสูงเนิน. (2550). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติ**
กิจกรรม การสนับสนุนจากครอบครัว กับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชมรม
ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล
 ศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2543). โรคหลอดเลือดสมอง : ปัจจัยเสี่ยง และการรักษา. ใน วิทยา
 ศาสตร์ตามา. (2543). **เคล็ดลับในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พวงวิรินทร์. (2544). **โรคหลอดเลือดสมอง.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว
 การพิมพ์.
- นิตยา ศรีสุข. (2551). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะ**
หัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา สุทธยากร. (2531). **การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา กับ**
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ. วิทยานิพนธ์
 ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง กรรณสูต. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 3.
 กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาพร จินันทุยา. (2538). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Elderly Quality of Life).** **วิทยาศาสตร์**
พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. 20(3): 362-368.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). **ความเครียดและการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด**
สมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาล
 ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). **การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไข้.** ขอนแก่น:
 คลังนานาวิทยา.

- พรพชร กิตติเพ็ญกุล. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี.
19(2): 53-67.
- พรพหรม รุจิไพโรจน์. (2550). **ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การ
สนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรภัทร ธรรมสโรช และเพิ่มพันธุ์ ธรรมสโรช. (2553). **ประสาทวิทยาทางคลินิก (Clinical
Neurology).** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2554). **คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญแข แดงสุวรรณ. (2550). **Stroke ฆาตกรเงียบ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
ไกล่หมอ Health & well being.
- มาลี เลิศมาลีวงศ์ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2538). ความสามารถในการดูแลตนเอง
แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. **รามาทิบัติสาร.** 1(1): 24-33.
- รัฐพร โลหะวิศวานิช. (2546). **ผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเภสัชกรคลินิกแก่
ผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนภรณ์ คงคา และวันเพ็ญ ภิญญภาสกุล. (2552). การพยาบาลบุคคลที่มีภาวะโรคหลอดเลือด
สมอง. ใน ปราณี ทัฬหะ, วันดี ไตสุขศรี และศรีรัตน์ ศรีประสงค์, **การพยาบาล
อายุรศาสตร์ 1.** กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- รัตนศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้.** พิมพ์ครั้งที่
ที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542.** กรุงเทพฯ:
นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2547). **ศัพท์แพทยศาสตร์ อังกฤษ-ไทย ไทย-อังกฤษ ฉบับ
ราชบัณฑิตยสถาน.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน.
- วรรณี ตปนียากร และงามนิตย์ รัตนานุกุล. (2552). **การวางแผนและบันทึกทางการพยาบาล
เล่ม 1 (Nursing Care Plans & Documentation).** กรุงเทพฯ: โอกรูปเพรส.

- วชิราภรณ์ โนราช. (2553). **ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวในการดูแลด้านกาย จิต และสังคม จากทีมเยี่ยมโรงพยาบาลแม่ข่าย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสิณี ชาญศรี. (2551). **ความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิรัช เกษมทรัพย์, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง และกนกพร ปู่ผ้า. (2550). **รายงานการประเมินโครงการผ่าตัดหัวใจ 8,000 ดวง ถวายเป็นพระราชกุศล 80 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและถวายเป็นพระราชกุศล 84 พรรษา สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์.** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2552). **การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร.** กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- วิษณุ กัมมทรัพย์. (2551). **ปัญหาที่พบบ่อย, การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง,** หน้า 19-26. ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทยและสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2552). **โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน ประเสิฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน.** กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- ศิริชกานต์ แก้วแดง. (2548). **ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภรัตน์ เอกอัศวิน และเยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ. (2551). **บทความฟื้นฟูวิชาการ ความสามารถ ยืนหยัดเผชิญวิกฤติ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 16(3): 190-198.**
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6 สังคมออนไลน์. **ความยืดหยุ่น (resilience) คืออะไร.** [ออนไลน์]. (2009). แหล่งที่มา: <http://www.mhc6.dmh.go.th/forums/index.php?topic=16.0> [2011, มิถุนายน 2]
- สมเกียรติ เหมตะศิลป์. (2551). **อารมณ์และจิตใจ, การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง,** หน้า 48-51. ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทยและสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย.

- สมบัติ ไชยวัฒน์, ยุพิน กลิ่นขจร, ดวงฤดี ลาสุขะ และทิพาพร วงศ์หงส์กุล. (2543). การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. **พยาบาลสาร**. 7(2): 29-41.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และอิงศุภา โคตนาธา. (2552). ความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤติ : การทบทวนบทความทางวิชาการ (Resilience: A Review Literature). **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**. 32 (1): 90-101.
- สิริรัตน์ ลีลาจรัส และจรรยา วิรุฬาราช. (2550). โรคหลอดเลือดสมอง: การให้การพยาบาลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย (Stroke: Nursing Care and Advice). **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**. 21(3): 80-93.
- สุจรรยา โลหาชีวะ. (2548). **ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์. (2543). **การพึ่งพา อัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุปราณี แดงวงษ์, สมพันธ์ หิณฐิระนันท์, ผ่องศรี ศรีมรกต และศากุล ช่างไม้. (2548). การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร. **วารสารพยาบาล**. 54(4): 266-278.
- สุปริดา มั่นคง. (2549). การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. ใน เพ็ญศรี ระเบียบ, จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, ประคอง อินทรสมบัติ และประภาพร จินันทุยา, **บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่อง สาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 3 การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ**. หน้า 183-189. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- สุภาพ อารีเอื้อ. (2540). **ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพร จงประกอบกิจ. (2551). **ความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุภาภรณ์ สังขมรรทร. (2549). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). **สถิติสาธารณสุขฉบับเต็ม.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/index2.html. [2012, เมษายน 22]
- หทัยรัตน์ จรัสอุไรสิน. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หฤทัย คุณุณทัย และมยุรี ตั้งเกียรติกำจาย. (2008). **คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับคำปรึกษาจากเภสัชกรโรงพยาบาลนครนายก Quality of Life in Diabetic Patients Undergoing Pharmaceutical Care Counseling.** *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*. 3(1): 49-59.
- อนัญญา บำรุงพันธุ์, กรรณิกา อัมพันธ์ และพัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ. (2553). **ผลการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายต่อความสำคัญในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพระปกเกล้า.** *วารสารกองการพยาบาล*. 37(3): 1-14.
- อรวรรณ แผนคง. (2552). **การพยาบาลผู้สูงอายุ.** นนทบุรี: ยุทธินทร์การพิมพ์.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2554). **การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทางการพยาบาล.** กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำนวยการ อาษานอก. (2549). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Ahmad, M. M., Musil, C. M., Zauszniewski, J. A. and Resnick, M. I. (2005). Prostate Cancer: Appraisal, Coping, and Health Status. *Journal of Gerontological Nursing*. 34-43.

- Aidar, F.J. et al. (2011). The influence of the level of physical activity and human development in the quality of life in survivors of stroke. **Health and Quality of Life Outcomes.** 9: 1-6.
- Akinpelu, A.O. and Gbiri, C.A. (2009). Quality of life of stroke survivors and apparently healthy individuals in southwestern Nigeria. **Physiotherapy Theory and Practice.** 25(1): 14-20.
- Aldwin, C. M. and Gilmer, D. F. (2004). **Health, illness, and optimal aging: biological and psychosocial perspectives.** California: Sage.
- Almborg, A-H., Ulander, K., Thulin, A. and Berg, S. (2010). Discharged after stroke – important factors for health-related quality of life. **Journal of Clinical Nursing.** 19: 2196-2206.
- Aprile, I. et al. (2008). Effects of rehabilitation on quality of life in patients with chronic stroke. **Brain Injury.** 22(6): 451-456.
- Barry, P. D. (1984). **Psychosocial Nursing Assessment and Intervention.** Philadelphia: Lippincott.
- Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg, A-K., and Hallberg, I. R. (2005). Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. **International Journal of Nursing Studies.** 42: 147-158.
- Bronstein, K.S., Popovich, J.M. and Stewart-Amidei, C. (1991). **Promoting stroke recovery: a research-based approach for nurses.** St. Louis: Mosby.
- Carod-Artal, F. J., Trizotto, D. S., Coral, L. F. and Moreira, C. M. (2009). Determinants of quality of life in Brazilian stroke survivors. **Journal of the Neurological Sciences.** 284: 63-68.
- Casey, D., Murphy, K., Cooney, A. and O’Shea, E. (2008). Patient perceptions having suffered a stroke in Galway. **British Journal of Community Nursing.** 13(8): 384-390.
- Chan, Ivy W. S., Lai, Julian C. L. and Wong, Kris W. N. (2006). Resilience is associated with better recovery in Chinese people diagnosed with coronary heart disease. **Psychology and Health.** 21(3): 335-349.

- Choowattanapakorn, T., Alex, L., Lundman, B., Norberg, A. and Nygren, B. (2010). Resilience among women and men aged 60 years and over in Sweden and in Thailand. **Nursing and Health Sciences**. 12(3): 329-335.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. **Psychosomatic Medicine**. 38(5): 300-314.
- Cohen, S. and Syme, S. L. (1985). **Social support and health**. Florida: Academic Press.
- Dayapoglu, N. and Tan, M. (2010). Quality of life in stroke patients. **Neurology India**. 58(5): 697-701.
- Drageset, J., Eide, G.E., Nygaard, H.A., Bondevik, M., Nortvedt, M.W. and Natvig, G.K. (2009). The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents: A questionnaire survey in Bergen, Norway. **International Journal of Nursing Studies**. 46: 66-76.
- Demet, U., Ferhan, S., Ahmet, O. and Selcuk, M. (2008). Comparison of SF-36 and WHOQOL-100 in patients with stroke. **Neurology India**. 56(2): 426-432.
- Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: A Concept Analysis. **Nursing Forum**. 42(2): 73-82.
- Ellis, C., Grubaugh, A. L. and Egede, L. E. (2011). Factors Associated with SF-12 Physical and Mental Health Quality of Life Scores in Adults with Stroke. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**. pp 1-9.
- Fleishman J. A., Selim, A. J. and Kazis, L. E. (2010). Deriving SF-12v2 physical and mental health summary scores: a comparison of different scoring algorithms. **Qual Life Res**. 19: 231-241.
- Fok, S. K., Chair, S.Y. and Lopez, V. (2005). Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. **Journal of Advanced Nursing**. 49(2): 173-181.
- Fraas, M.R. (2011). Enhancing Quality of Life for Survivors of Stroke Through Phenomenology. **Topics in Stroke Rehabilitation**. 18(1): 40-46.

- Franzen, K., Saveman, B. and Blomqvist K. (2007). Predictors for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure. **European Journal of Cardiovascular Nursing**. 6: 112-120.
- Glass, T.A. and Maddox, G.L. (1992). The quality and quantity of social support: Stroke recovery as psycho-social transition. **Soc. Sci. Med.** 34(11): 1249-1261.
- Gosman-Hedstrom, G., Claesson, L. and Blomstand, C. (2008). Consequences of severity at stroke onset for health-related quality of life (HRQOL) and informal care: A 1-year follow-up in elderly stroke survivors. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. 47: 79-91.
- Goz, F., Karaoz, S., Goz, M., Ekiz, S. and Cetin, I. (2007). Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality-of-life. **Journal of clinical nursing**. 16: 1353-1360.
- Green, T.L. and King, K.M. (2011). Relationships between biophysical and psychosocial outcomes following minor stroke. **Canadian Journal of Neuroscience Nursing**. 33(2): 15-23.
- Greenstreet, W. (2006). From spirituality to coping strategy: making sense of chronic illness. **British Journal of Nursing**. 15(7): 938-942.
- Gunaydin, R., Karatepe, A. G., Kaya, T. and Ulutus, O. (2010). Determinants of quality of life (QOL) in elderly stroke patients: A short-term follow-up study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. 1-5.
- Hanchaiphiboolkul, S. et al. (2011). Prevalence of Stroke and Stroke Risk Factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) Study. **J Med Assoc Thai**. 94(4): 427-436.
- Hardy, S.E., Concato, J. and Gill, T.M. (2004). Resilience of Community-Dwelling Older Persons. **Journal of the American Geriatrics Society**. 52: 257-262.
- House, J.S. (1987). Social Support and Social Structure. **Sociological Forum**. 2(1): 135-146.

- House, J. S. and Kahn, R. L. (1985). Measures and Concepts of Social Support. In Cohen, S. and Syme, S. L., **Social support and health**, pp.83-108. Florida: Academic Press.
- Huang, C-Y., Hsu, M-C., Hsu, S-P., Cheng, P-C., Lin, S-F. and Chuang, C-H. (2010). Mediating roles of social support on poststroke depression and quality of life in patients with ischemic stroke. **Journal of Clinical Nursing**. 19: 2752-2762.
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping Scale. In Waltz, C. F. and Strickland, O. L. (Eds.), **Measurement of nursing outcomes: Measuring client outcomes (volume 1)**, pp.287-308. New York: Springer.
- Jalowiec, A. (2003). The Jalowiec Coping Scale. In Strickland, O. L. and Dilorio, C. (Eds.), **Measurement of nursing outcomes: Self Care and Coping (volume 3)**, pp.71-87. 2nd ed. New York: Springer.
- Kaplan, R.M., Sallis, J.F. and Patterson, T.L. (1993). **Health and human behavior**. Singapore: Mcgraw-Hill.
- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A. and Mood, D. (2004). Coping Strategies and Quality of Life in Women with Advanced Breast Cancer and Their Family Caregivers. **Psychology and Health**. 19(2): 139-155.
- Kuroda, A., Kanda, T. and Sakai, F. (2006). Gender differences in health-related quality of life among stroke patients. **Geriatrics & Gerontology International**. 6: 165-173.
- Lau, A. and Mckenna, K. (2001). Conceptualizing quality of life for elderly people with stroke. **Disability and rehabilitation**. 23(6): 227-238.
- Lau, A.L.D., Mckenna K., Chan, C.C.H., and Cummins, R.A. (2003). Definition quality of life for Chinese elderly stroke survivors. **Disability and Rehabilitation**. 25(13): 699-711.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984). **Stress, Appraisal, and Coping**. New York: Springer.

- Leach, M.J., Gall, S.L., Dewey, H.M., Macdonell, R.A.L. and Thrift, A.G. (2011). Factors associated with quality of life in 7-year survivors of stroke. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**. 82: 1365-1371.
- Lee, A.C.K., Tang, S.W., Tsoi, T.H., Fong, D.Y.T. and Yu, G.K.K. (2009). Predictors of poststroke quality of life in older Chinese adults. **Journal of Advanced Nursing**. 65(3): 554-564.
- Levasseur, M., Tribble, D. S. and Desrosiers, J. (2009). Meaning of quality of life for older adults: Importance of human functioning components. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. 49: e91-e100.
- Lim, L. L.-Y. and Fisher, J. D. (1999). Use of the 12-item Short-Form (SF-12) Health Survey in an Australian heart and stroke population. **Quality of Life Research**. 8: 1-8.
- Mandzuk, L. L. and McMillan, D. E. (2005). A concept analysis of quality of life. **Journal of Orthopaedic Nursing**. 9: 12-18.
- McDowell, I. (2006). **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. 3rd ed. New York: Oxford University Press.
- McGurk, K. A. (2010). Quality of life, Hope, Social support, and Self-care in heart failure patients. **Heart & Lung**. 348-349.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Mousavi, S.J., Asadi-Lari, M., Omidvari, S. and Tavousi, M. (2011). The 12-item medical outcomes study short form health survey version 2.0 (SF-12v2): a population-based validation study from Tehran, Iran. **Health and Quality of Life Outcomes**. 9: 1-8
- Muller-Nordhorn, J. et al. (2005). The Use of the 12-Item Short-Form Health Status Instrument in a Longitudinal Study of Patients with Stroke and Transient Ischaemic Attack. **Neuroepidemiology**. 24: 196-202.
- Norbeck, J. S. and Tilden, V. P. (1988). International nursing research in social support: theoretical and methodological issues. **Journal of Advanced Nursing**. 13: 173-178.

- Nygren, B., Alex, L., Jonsen, E., Gustafson, Y., Norberg, A. and Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. **Aging & Mental Health**. 9(4): 354-362.
- Owolabi, M.O. (2008). Determinants of health-related quality of life in Nigerian stroke survivors. **Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**. 102: 1219-1225.
- Perry, L. and McLaren, S. (2004). An exploration of nutrition and eating disabilities in relation to quality of life at 6 months post-stroke. **Health and Social Care in the Community**. 12(4): 288-297.
- Petal, M.D., Tilling, K., Lawrence, E., Rudd, A.G., Wolfe, C.D.A. and McKeivitt, C. (2006). Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. **Age and Ageing**. 35: 273-279.
- Petal, M.D., McKeivitt, C., Lawrence, E., Rudd, A.G. and Wolfe, C.D.A. (2007). Clinical determinants of long-term quality of life after stroke. **Age and Ageing**. 36: 316-322.
- Pickard, A. S., Johnson, J. A., Penn, A., Lau, F. and Noseworthy, T. (2012). Replicability of SF-36 Summary Scores by the SF-12 in Stroke Patients. **Stroke**. 30: 1213-1217.
- Polit, D. F., and Hungler, B. P. (1999). **Nursing Research: Principle and Methods**. 6thed. Philadelphia, J. B. Lippincott.
- Popovich, J.M., Fox, P.G. and Bandagi, R. (2007). Coping with Stroke: Psychological and Social Dimensions in U.S. Patients. **The International Journal of Psychiatric Nursing Research**. 12(3): 1474- 1487.
- Resnick, B. (2008). Resilience in Aging: The Real Experts. **Geriatric Nursing**. 29(2): 85.
- Robinson-Smith, G., Johnston, M.V. and Allen, J. (2000). Self-Care Self-Efficacy, Quality of Life, and Depression After Stroke. **Arch Phys Med Rehabil**. 81: 460-464.

- Rosowsky, E. (2009). Challenge and Resilience in Old Age. **Journal of the American Society on Aging**. 33(3): 100-102.
- Samsa, G. P. and Matchar, D. B. (2004). How strong is the relationship between functional status and quality of life among persons with stroke?. **Journal of Rehabilitation Research & Development**. 41(3): 279-282.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. and Sarason, B. R. (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. **Journal of Personality and Social Psychology**. 44(1): 127-139.
- Schaefer, C., Coyne, J.C. and Lazarus, R.S. (1981). The Health-Related Function of Social Support. **Journal of Behavioral Medicine**. 4(4): 381-405.
- Seale, G.S., Berges, I., Ottenbacher, K.J. and Ostir, G.V. (2010). Change in Positive Emotion and Recovery of Functional Status Following Stroke. **Rehabilitation Psychology**. 55(1): 33-39.
- Shyu, Y-I. L., Maa, S-H., Chen, S-T. and Chen M-C. (2008). Quality of life among older stroke patients in Taiwan during the first year after discharge. **Journal of Clinical Nursing**. 18: 2320-2328.
- Singhpoo, K. et al. (2009). The Quality of Life of Stroke Outpatients at Srinagarind Hospital. **J Med Assoc Thai**. 92(12): 1602-1609.
- Singhpoo, K. et al. (2011). Factor Related to Quality of Life of Stroke Survivors. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**. pp 1-6.
- Sorrell, J.M. (2008). Resilience in Aging. **Journal of Psychosocial Nursing**. 46(11): 8-9.
- Stewart, D. E. and Yuen, T. (2011). A Systematic Review of Resilience in the Physically Ill. **Psychosomatics**. 52(3): 199-209.
- Tariah, H.A., Hersch, G. and Ostwald, S.K. (2006). Factors Associated with Quality of Life: Perspectives of Stroke Survivors. **Physical & Occupational Therapy in Geriatrics**. 25(2): 33-50.
- The Joanna Briggs Institute. (2009). The psychosocial spiritual experience of elderly individuals recovering from stroke. **Best Practice: Evidence based information sheets for health professionals**. 13(6): 25-28.

- Touhy, T. A. and Jett, K. F. (2010). **Ebersole & Hess' Gerontological Nursing & Healthy Aging**. 3rd ed. St. Louis: Mosby.
- Tyedin, K., Cumming T.B. and Bernhardt, J. (2010). Quality of life: An important outcome measure in a trial of very early mobilization after stroke. **Disability and Rehabilitation**. 32(11): 875-884.
- Wagnild, G. (2009). A Review of the Resilience Scale. **Journal of Nursing Measurement**. 17(2): 105-113.
- Wagnild, G. M. (2010). Discovering Your Resilience Core. **All rights reserved v.04**. 1-4.
- Wagnild, G. (2003). Resilience and successful aging. Comparison among low and high income older adults. **Journal of Gerontological Nursing**. 29: 42-49.
- Wagnild, G. M. and Collins, J. A. (2009). Assessing Resilience. **Journal of Psychosocial Nursing**. 47(12): 28-33.
- Wallace, M. (2008). **Essentials of gerontological nursing**. New York: Springer.
- Ware, J. E. (2008). Improvement in short-form measures of health status: Introduction to a series. **Journal of Clinical Epidemiology**. 61: 1-5.
- Ware, J.E. et al. (1998). The Equivalence of the SF-36 Summary Health Scores Estimated Using Standard and Country-Specific Algorithms in 10 Countries: Results from the IQOLA Project. **J Clin Epidemiol**. 51(11): 1167-1170.
- Wallis, M. et al. (2006). Health related quality of life and coping in chronic illness: a pilot study. **Nursing Monograph**. 9-15.
- Watson, J. (2010). Life after stroke. **Nursing & Residential Care**. 12(10): 467.
- Welch, R. (2008). Considering the psychological effects of stroke. **British Journal of Healthcare Assistants**. 2(7): 335-338.
- Wells, M. (2010). Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. **Online Journal of Rural Nursing and Health Care**. 10(2): 45-54.
- Western, H. (2007). Altered living: coping, hope and quality of life after stroke. **British Journal of Nursing**. 16(20): 1266-1269.

- Widar, M., Ahlstrom, G. and Ek, A. (2004). Health-related quality of life in persons with long-term pain after a stroke. **Journal of Clinical Nursing**. 13: 497-505.
- Windle, G., Markland D.A. and Woods, R.T. (2008). Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. **Aging & Mental Health**. 12(3): 285-292.
- Wolters, G., Stapert, S., Brands, I. and Heugten, C.V. (2010). Coping styles in relation to cognitive rehabilitation and quality of life after brain injury. **Neuropsychological Rehabilitation**. 20(4): 587-600.
- World Health Organization. (2006). **Neurological disorders: public health challenges**. Switzerland: WHO Library Cataloguing.
- Yi-Frazier, J.P. et al. (2010). A Person-Focused Analysis of Resilience Resources and Coping in Patients with Diabetes. **Stress and Health**. 26: 51-60.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|--|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ | อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
และผู้สูงอายุ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญภรณ์ มูลศิลป์ | อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ | อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาล
ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 4. นางนลินี พสุคันธภาค | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล
สถาบันประสาทวิทยา |
| 5. นางสุภาพันรัตน์ คำหอม | หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย |

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ที่ ศธ 0512.11/ 0๑๔๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรพรชัย ชั้น 11
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ 10330

๒ กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิษณุภรณ์ มุกสิกปป์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับตั้งเขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิรัชกัทร่า ประภาพักตร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ โทร. 0-2218-1156

ชื่อนิสิต

นางสาววิรัชกัทร่า ประภาพักตร์ โทร. 086 - 7344087

ที่ ศธ 0512.11/ 0260



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๓ กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิรัชตรา ประภาพักตร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณนะปะกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพันรัตน์ คำหอม หัวหน้าห้องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ การวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสุภาพันรัตน์ คำหอม

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณนะปะกรณ์ โทร. 0-2218-1156

ชื่อนิสิต

นางสาววิรัชตรา ประภาพักตร์ โทร. 086 - 7344087

ที่ ศธ 0512.11/ 0240



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิวิธวาทา ประภาพักตร์ นิติตันน์ปริชญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความคิดหุน การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ซูวรรณะปรกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญ นางนลินี พสุคันธภัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิติตันน์สร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางนลินี พสุคันธภัก

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ซูวรรณะปรกรณ์ โทร. 0-2218-1156

ชื่อนิติตัน

นางสาววิวิธวาทา ประภาพักตร์ โทร. 086 - 7344087

ที่ ศร 0512.11/09๒๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิรัชกานา ประภาพักตร์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณชปะกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณชปะกรณ์ โทร. 0-2218-1156

ข้อนิสิต

นางสาววิรัชกานา ประภาพักตร์ โทร. 086 - 7344087

ที่ ศธ 0512.11/ 09 ๖๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒3 กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิรัชกัทร ประกายพัทตร์ นิสิตชั้นปริญญาโท ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ อาจารย์พยาบาลประจำ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 0-2218-1156

ชื่อนิสิต

นางสาววิรัชกัทร ประกายพัทตร์ โทร. 086 - 7344087

ภาคผนวก ค

เอกสารการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



COA No. 256/2012
IRB No. 111/55

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4455 ext 14, 15

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : RESILIENCE, SOCIAL SUPPORT, COPING AND QUALITY OF LIFE OF OLDER PERSONS WITH STROKE

Study Code : -

Study Center : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

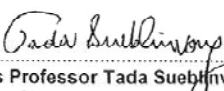

Principal Investigator : Miss Werapattra Praparpak

Review Method : Expedited

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

Document Reviewed :

1. Protocol Version 2.0 Date 19 Mar 2012
2. Protocol Synopsis Version 2.0 Dated 19 Mar 2012
3. Informationn sheet for research participant Version 2.0 Dated 19 Mar 2012
4. Informed Consent Form Version 2.0 Dated 19 Mar 2012
5. Questionnaire for research Version 1.0 Dated 2 Mar 2012

Signature:  Signature: 
(Emeritus Professor Tada Suebinvong MD) (Associate Professor Supeecha Wittayalerpanya)
Chairperson Member and Assistant Secretary, Acting
The Institutional Review Board Secretary The Institutional Review Board

Date of Approval : April 5, 2012

Approval Expire Date : April 4, 2013

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



COA No. 256/2012
IRB No. 111/55

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่, Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาววีรภัทรา ประภาพักตร์

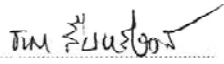
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. โครงการวิจัย Version 2.0 Date 19 Mar 2012
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2.0 Dated 19 Mar 2012
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Dated 19 Mar 2012
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Dated 19 Mar 2012
5. แบบสอบถามสำหรับการวิจัย Version 1.0 Dated 2 Mar 2012

ลงนาม 
(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงชานา สืบหลินวงศ์)

ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม 
(รองศาสตราจารย์สุพิดา วิเศษโคกปัญญา)

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 5 เมษายน 2555

วันหมดอายุ : 4 เมษายน 2556

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



โรงพยาบาลตำรวจ
สำนักงานแพทย์ใหญ่
492/1 ถนนพระรามที่ 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง.....จว. ๑๑/๒๕๕๖.....

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	- ความยืดหยุ่น การสนับสนุนของสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง
ชื่อหัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด	นางสาว วีรภัทรา ประภาพักตร์ นิติศป.โท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัส โครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 16 March 2012)(ฉบับภาษาไทย) 2. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 16 March 2012)(ฉบับภาษาไทย) 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 16 March 2012) (ฉบับภาษาไทย) 4. แบบสอบถาม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 16 March 2012) (ฉบับภาษาไทย) 5. อัดประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	16 มีนาคม 2555
วันหมดอายุ	15 มีนาคม 2556

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

พดตำรวจตรี

(ทรงชัย สิมะโรจน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรม และวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลตำรวจ

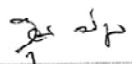


เอกสารเลขที่ 25.../2555

คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
เลขที่โครงการ 55029
ผู้วิจัยหลัก น.ส.วีรภัทรา ประภาพักตร์
สถานที่ดำเนินการวิจัย สถาบันประสาทวิทยา
เอกสารที่พิจารณาอนุมัติ 1. แบบเสนอโครงการวิจัย ฉบับวันที่ 26 เมษายน 2555
2. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล ฉบับวันที่ 26 เมษายน 2555
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ฉบับวันที่ 26 เมษายน 2555
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย ฉบับวันที่ 26 เมษายน 2555
วันที่พิจารณาอนุมัติ 2 พฤษภาคม 2555

คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณาโครงการวิจัยฉบับภาษาไทยและ/หรือฉบับภาษาอังกฤษแล้ว
มีมติ อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้โดยใช้รายละเอียดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก


(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)

ประธานคณะกรรมการ


(นางสาวพิมพ์ชนก พุดชาวนา)

กรรมการและเลขานุการ

รับรองตั้งแต่วันที่ 2 พฤษภาคม 2555 ถึงวันที่ 2 พฤษภาคม 2556

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อโครงการวิจัย ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจ
จากผู้วิจัยชื่อ นางสาววีรภัทรา ประภาพักตร์ ที่อยู่ อาคารกุลพิพัฒน์ 1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน
เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 086-7344087 ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอน
การวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิจะถอนตัวจากการวิจัย
เมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบ
ในทางใดๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดๆ ที่
เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่ม
ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบ
ยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....

สถานที่/วันที่

.....

ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่/วันที่

(นางสาววีรภัทรา ประภาพักตร์)

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....

()

สถานที่/วันที่

พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
ชื่อผู้วิจัย	นางสาววิรัชพร ปรภาพักตร์ นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ปฏิบัติงาน	หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษตึกภปร. ชั้น 14 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
โทรศัพท์ที่ทำงาน	02-2565100-1
โทรศัพท์มือถือ	086-7344087
E-mail :	peemim20@hotmail.com , pwerapattra@yahoo.com

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชื้อเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
4. กลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการเป็นผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมประสาทของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ และสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 140 คน ซึ่งกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้มาจากวิธีการสุ่มอย่างง่าย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยท่านได้รับเชิญให้เป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัย เนื่องจากท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
5. ผู้เข้าร่วมวิจัยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที โดยตอบแบบสอบถามที่ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความยืดหยุ่น แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการเผชิญปัญหา และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

6. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation research design) ที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ลงในแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นการเข้าร่วมโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

8. ผู้เข้าร่วมการวิจัยยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ แม้ว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่เข้าร่วมการวิจัย

9. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบโดยเร็ว

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

11. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147

โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามเลขที่.....

สถานที่.....

วันที่.....

แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย

เรื่อง “ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง”

.....
คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบวัดความยืดหยุ่น	จำนวน 25 ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบวัดการเผชิญปัญหา	จำนวน 36 ข้อ
ส่วนที่ 5	แบบสอบถามคุณภาพชีวิต	จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง : แบบวัดนี้เป็นการสอบถามคุณลักษณะทางบวกที่ช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเจ็บป่วย เพื่อกลับคืนสู่สภาพปกติหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยคำถามจำนวน 25 ข้อ โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 เครื่องหมาย โดยพิจารณาดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเล็กน้อย
เฉยๆ	หมายถึง	ท่านเฉยๆกับข้อความนั้น
เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเล็กน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีเห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วยปานกลาง (2)	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย (3)	เฉยๆ (4)	เห็นด้วยเล็กน้อย (5)	เห็นด้วยปานกลาง (6)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (7)
1. เมื่อใดที่ฉันวางแผนแล้วฉันจะลงมือทำตามแผนนั้น							
2. ฉันมักจัดการอะไรด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเสมอ							
24. ฉันมีพลังกำลังมากพอที่จะทำในสิ่งที่ต้องทำ							
25. ไม่เป็นไรถ้ามีคนไม่ชอบฉัน							

ส่วนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง : แบบวัดนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากสมาชิกในครอบครัว (ได้แก่ สามี ภรรยา บุตรหลาน ญาติพี่น้อง) หลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 เครื่องหมาย โดยพิจารณาดังนี้

ไม่ได้รับเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านไม่ได้รับการช่วยเหลือ
ได้รับเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านได้รับการช่วยเหลือเล็กน้อย
ได้รับบ้างบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านได้รับการช่วยเหลือเป็นครั้งคราว
ได้รับค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านได้รับการช่วยเหลือค่อนข้างมาก
ได้รับมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านได้รับการช่วยเหลือมากที่สุด

ข้อความ	ไม่ได้รับเลย (0)	ได้รับเล็กน้อย (1)	ได้รับบ้างบางครั้ง (2)	ได้รับค่อนข้างมาก (3)	ได้รับมากที่สุด (4)
1. ท่านได้รับคำแนะนำและแนวทางการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์					
2. ท่านได้รับความมั่นใจว่าเขาจะอยู่ช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการ					
7. ท่านได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน					

ส่วนที่ 4 แบบวัดการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง : แบบวัดนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับการกระทำหรือความคิดที่ท่านใช้เผชิญกับปัญหาขณะที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยคำถามจำนวน 36 ข้อ โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องหลังข้อความที่ท่านใช้วิธีการเผชิญปัญหานั้นบ่อยเพียงใดเพียงข้อละ 1 เครื่องหมาย โดยพิจารณาดังนี้

- ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นเลย
 นานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญปัญหานั้นประมาณ 1-3 ครั้งในหนึ่งเดือน
 บางครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
 บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง
 เกือบทุกครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นเกือบทุกครั้ง

ข้อความ	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบ ทุก ครั้ง
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. กังวลใจ					
2. ลดความเครียดโดยการทำกิจกรรม หรือออกกำลังกาย					
35. บอกตนเองไม่ต้องวิตก ทุกอย่าง อาจจะดีขึ้น					
36. มองหาสิ่งใหม่ที่ต้องการอย่างแท้จริง และดีที่สุด					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-12 (version 2)

คำชี้แจง : แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ต่อตนเองของท่านจากการทำงาน ทางด้านร่างกาย บทบาทด้านร่างกาย ความเจ็บปวดของร่างกาย ด้านสังคม ด้านสุขภาพจิตใจ บทบาทด้านอารมณ์ ด้านความมีชีวิตชีวาหรือความกระปรี้กระเปร่า และด้านสุขภาพโดยทั่วไป ประกอบด้วยคำถามจำนวน 12 ข้อ โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงหน้าข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 เครื่องหมาย

1. โดยทั่วไป ท่านสามารถบอกได้ว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร?

.....ดีเยี่ยม (1) ดีมาก (2) ดี (3) ปานกลาง (4) ไม่ดี (5)

คำถามข้อ 2-3 เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมที่ท่านทำในแต่ละวัน ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็น ปัญหา หรืออุปสรรคในการทำกิจกรรมของท่านหรือไม่ ถ้าใช่ มากน้อยแค่ไหน

2. กิจกรรมที่ใช้กำลังปานกลาง เช่น การยกโต๊ะ การทำความสะอาดปิดกวาด เช็ดบ้าน หรือหิ้วของ กลับจากตลาด

.....ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรคอย่างมาก (1)

.....ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรคเพียงเล็กน้อย (2)

.....ไม่เป็นปัญหา/อุปสรรค (3)

3. การเดินขึ้นตึก 2-3 ชั้น หรือเดินขึ้นเนิน

.....ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรคอย่างมาก (1)

.....ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรคเพียงเล็กน้อย (2)

.....ไม่เป็นปัญหา/อุปสรรค (3)

คำถามข้อ 4-5 เป็นคำถาม เกี่ยวกับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหาในเรื่องต่อไปนี้กับ กิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำทุกวันเนื่องมาจากสุขภาพของท่านหรือไม่

4. ทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำทุกวันได้ปริมาณน้อยกว่าที่ต้องการ

.....ตลอดเวลา (1) เกือบตลอดเวลา (2) บางครั้ง (3) นานๆ ครั้ง (4) ไม่เลย (5)

5. ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำทุกวันได้ทุกอย่างตามที่ตั้งใจไว้ ต้องเลือกทำบางอย่าง เท่านั้น

.....ตลอดเวลา (1) เกือบตลอดเวลา (2) บางครั้ง (3) นานๆ ครั้ง (4) ไม่เลย (5)

คำถามข้อ 6-7 เป็นคำถามเกี่ยวกับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหาในเรื่องต่อไปนี้กับกิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำทุกวัน เนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ของท่านหรือไม่ เช่น ความรู้สึกซึมเศร้า หรือวิตกกังวล

6. ทำกิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำทุกวันได้ปริมาณน้อยลงกว่าที่ต้องการ
.....ตลอดเวลา (1)เกือบตลอดเวลา (2)บางครั้ง (3)นานๆ ครั้ง (4)ไม่เลย (5)

7. ทำกิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำทุกวันโดยปราศจากความระมัดระวัง สะเพร่า เลินเล่อ อย่างที่เคย
.....ตลอดเวลา (1)เกือบตลอดเวลา (2)บางครั้ง (3)นานๆ ครั้ง (4)ไม่เลย (5)

8. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาการเจ็บปวดตามร่างกายทำให้ท่านไม่สามารถทำงานประจำวันได้ตามปกติ (งานในบ้านและนอกบ้าน) มากน้อยเพียงใด
.....ไม่เลย (1)เล็กน้อย (2)ปานกลาง (3)ค่อนข้างมาก (4)มากที่สุด (5)

คำถามข้อ 9-11 เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึก และสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว
ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน...

9. ท่านรู้สึกใจสงบ ใจนิ่ง มีสมาธิ
.....ตลอดเวลา (1)เกือบตลอดเวลา (2)บางครั้ง (3)นานๆ ครั้ง (4)ไม่เลย (5)

10. ท่านรู้สึกแข็งแรง กระปรี้กระเปร่า สดชื่น
.....ตลอดเวลา (1)เกือบตลอดเวลา (2)บางครั้ง (3)นานๆ ครั้ง (4)ไม่เลย (5)

11. ท่านรู้สึกเศร้า หดหู่
.....ตลอดเวลา (1)เกือบตลอดเวลา (2)บางครั้ง (3)นานๆ ครั้ง (4)ไม่เลย (5)

12. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าปัญหาทางสุขภาพหรือปัญหาทางอารมณ์เป็นอุปสรรคขัดขวางการทำกิจกรรมทางสังคมของท่าน เช่น การไปเยี่ยมเพื่อน หรือญาติสนิท เป็นต้น
.....ตลอดเวลา (1)เกือบตลอดเวลา (2)บางครั้ง (3)นานๆ ครั้ง (4)ไม่เลย (5)

ภาคผนวก จ

ตารางแจกแจงข้อมูลทางสถิติ

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความยืดหยุ่นที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด 10 อันดับแรก (n = 140)

ลำดับที่	ความยืดหยุ่น	\bar{X}	SD
1	ฉันรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองเมื่อฉันทำอะไรสำเร็จในชีวิต	6.60	1.14
2	ฉันเป็นเพื่อนที่ดีกับตัวเอง	6.41	0.81
3	ชีวิตของฉันมีความหมาย	6.34	1.05
4	ความเชื่อมั่นในตัวเองช่วยให้ฉันฟันฝ่าปัญหาหรือความยุ่งยากไปได้	6.21	0.76
5	ฉันสามารถรับมือกับปัญหายุ่งยากได้ เพราะเคยมีประสบการณ์มาแล้ว	6.17	0.88
6	ฉันสามารถอยู่ตามลำพังได้หากจำเป็น	5.96	1.61
6	ฉันให้ความสนใจสิ่งต่างๆ อยู่เสมอ	5.96	0.88
8	ฉันมีระเบียบวินัยในตัวเอง	5.86	1.01
9	ในช่วงเวลาที่ฉุกเฉินฉันเป็นคนที่คุณสามารถพึ่งพาอาศัยได้	5.82	1.36
10	ฉันเป็นคนมีความตั้งใจแน่วแน่	5.78	0.92

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมรายข้อ (n = 140)

ลำดับที่	การสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	SD
1	ให้ความสนใจ เอาใจใส่ทุกข์สุข	3.51	0.74
2	ช่วยให้ท่านมีขวัญและกำลังใจเมื่อท้อแท้	3.49	0.83
3	ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถให้ความไว้วางใจ สามารถปรับทุกข์และบอกความในใจได้	3.43	0.87
4	ให้ความมั่นใจว่าเขาจะอยู่ช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการ	3.41	0.86
5	ให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการเงิน หรือต้องการความช่วยเหลือที่รีบด่วน	3.24	1.04
6	ให้คำแนะนำและแนวทางการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์	3.09	0.91
7	ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน	2.46	1.47

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา รายข้อและโดยรวมทั้งหมด 13 ข้อ (n = 140)

ลำดับที่	การเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	\bar{X}	SD
1	พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา	4.21	0.89
2	ขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน	3.81	1.18
3	คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์	3.36	1.08
4	พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและทุกแง่ทุกมุม	3.34	0.98
5	พยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เพิ่มเติม เพื่อให้ สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น	3.32	1.05
6	ลองแก้ปัญหาหลายๆ วิธี เพื่อดูว่าวิธีไหนดีที่สุด	3.11	1.00
7	กำหนดเป้าหมายให้เจาะจงชัดเจนเพื่อแก้ปัญหา	3.09	1.09
8	พยายามแก้ไขปัญหาโดยแยกแยะปัญหาเป็นส่วนๆ	2.94	0.86
9	พยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น	2.79	1.02
10	พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้	2.71	1.17
11	ปรึกษาปัญหากับผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์แบบเดียวกัน	2.46	1.28
12	ลดความเครียดโดยการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย	2.44	1.50
13	พยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างจริงจัง	2.12	1.01
	การเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาโดยรวม	3.05	0.49

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์ร้าย
 ใจและโดยรวมทั้งหมด 9 ข้อ (n = 140)

ลำดับที่	การเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์	\bar{X}	SD
1	กังวลใจ	2.98	1.17
2	อารมณ์เสีย ฉุนเฉียว สบประมาท สบถ	2.07	1.14
3	คิดฝันหรือเพ้อฝันไปเรื่อย	1.96	1.06
4	เตรียมการสำหรับความเลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้	1.93	1.08
5	กระวนกระวาย หงุดหงิดใจ	1.78	1.00
6	แยกตัว อยากอยู่คนเดียวตามลำพัง	1.71	0.96
7	การกิน การสูบบุหรี่ การขบเคี้ยว	1.44	0.81
8	ระบายอารมณ์กับคนหรือสิ่งของ	1.40	0.69
9	ตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา	1.29	0.71
	การเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์โดยรวม	1.84	0.53

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ลำดับ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกรายข้อและโดยรวมทั้งหมด 14 ข้อ (n = 140)

ลำดับที่	การเผชิญปัญหาด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบน ความรู้สึก	\bar{X}	SD
1	สวดมนต์ เชื่อในสิ่งศักดิ์ หรือสิ่งที่เชื่อถือ	4.34	1.07
2	ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง	4.20	0.83
3	ยอมรับปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่างๆ อาจเลวร้ายได้	4.07	1.09
4	บอกตนเองไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น	3.99	1.09
5	หวังว่าสิ่งต่างๆจะดีขึ้น	3.86	1.14
6	ปล่อยให้สถานการณ์เป็นไปเพราะเป็นเรื่องของโชคชะตาที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้	3.59	1.09
7	เข้านอนโดยคิดหวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้นในตอนเช้า	3.36	0.98
8	มองหาสิ่งใหม่ที่ต้องการอย่างแท้จริงและดีที่สุด	3.28	0.87
9	อยู่เฉยๆ โดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายได้เอง	2.84	1.02
10	พยายามลืมปัญหาและคิดถึงเรื่องอื่นแทน	2.79	1.31
11	พยายามทำอะไรก็ได้แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าจะช่วยแก้ปัญหาได้	2.26	0.90
12	ปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์	2.11	1.26
13	เลิกยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นเพราะคิดว่าหมดหนทางแก้ไข	1.95	0.94
14	ถอยหนีจากสถานการณ์	1.42	0.79
การเผชิญปัญหาด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกโดยรวม		3.15	0.40

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววีรภัทรา ประภาพักตร์ เกิดวันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2526 ที่จังหวัดนครสวรรค์ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปี พ.ศ.2548 และศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีพ.ศ. 2553-2555 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยพิเศษตึกภปร ชั้น 14 แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เลขที่ 1873 ถ.พระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330