

ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2559  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS PREDICTING ADAPTATION OF STROKE SURVIVORS

Miss Pimpatra Thanthitaweewat



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 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
โดย	นางสาวพิมพ์ภัทร ตันติวิวัฒน์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

พิมพ์ภัทร ตันติทวีวัฒน์ : ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (FACTORS PREDICTING ADAPTATION OF STROKE SURVIVORS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา, 151 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด โดยมีทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ที่มาติดตามอาการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร และโรงพยาบาลพุทธชินราช จำนวน 110 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการปรับตัว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการเผชิญความเครียด แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบประเมินความรุนแรงของอาการ และแบบประเมินความสามารถในการรู้คิด ค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบสอบถามการปรับตัว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการเผชิญความเครียด แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เท่ากับ .95, .91, .86 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. การปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $x = 2.51$ ,  $SD = .48$ )

2. การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 9.5 ( $\text{Adjusted } R^2 = .095$ )

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5677194836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: ADAPTATION/ STROKE / UNCERTAINTY / COGNITIVE THINKING

PIMPATRA THANTHITAWEEWAT: FACTORS PREDICTING ADAPTATION OF STROKE SURVIVORS. ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 151 pp.

The purposes of this predictive research aimed to examine adaptation, and to examine whether social support, coping, uncertainty in illness, symptom severity and cognitive thinking could predict adaptation of stroke survivors. The theoretical framework was based on Uncertainty in illness of Mishel (1988). One hundred and ten stroke survivors were recruited by using multi-stage random sampling technique from Out-Patient Departments of Naresuan University Hospital and Buddhachinaraj Hospital. The instruments were composed of demographic data and illness questionnaire, Psychosocial Adjustment to Illness Scale, the ENRICH Social Support Questionnaire, coping questionnaire, The Mishel Uncertainty in Illness Scale - Community Form, National Institute of Health Stroke Scale and MMSE-Thai. The reliability of Psychosocial Adjustment to Illness Scale, the ENRICH Social Support Questionnaire, coping questionnaire and The Mishel Uncertainty in Illness Scale - Community Form were .95, .91, .86 and .90, respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation and Stepwise multiple regression statistics. The results revealed:

1. The mean score of adaption of stroke survivors was at good level (mean = 2.51, SD = .48)
2. Social support were predictors with 9.5% of total variances explained of adaptation of stroke survivors.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าให้ความกรุณาชี้แนะให้คำปรึกษา และเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ คอยสนับสนุน และให้กำลังใจผู้วิจัยอย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูง มา ณ ที่นี้

ขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาแนะนำให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ นายแพทย์ เจษฎา ศรีกุลศศิธร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงพร ปิยะคง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร คำผลศิริ นาวาอากาศเอกหญิง ดร.โสพรรณ โททะยะ และ นางสุภาพันรัตน์ คำหอม ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย รวมทั้งข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย รวมทั้งขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรและโรงพยาบาลพุทธชินราช ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ท้ายที่สุดขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวที่คอยเป็นกำลังใจ และสนับสนุนการศึกษาด้วยความรัก ความห่วงใย เพื่อนๆ และเจ้าหน้าที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกคนที่คอยให้กำลังใจ และให้การช่วยเหลืออย่างดียิ่งเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่มีได้เอื้อนาม ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงด้วยดี

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
1. โรคหลอดเลือดสมอง.....	12
2. แนวคิดผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง.....	18
3. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว.....	21
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว.....	35
5. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	55
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย.....	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	56

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	57
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	63
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	66
จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง .....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	68
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	80
สรุปผลการวิจัย.....	82
อภิปรายผลการวิจัย.....	83
ข้อเสนอแนะ .....	89
รายการอ้างอิง .....	90
ภาคผนวก.....	101
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	102
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ .....	104
ภาคผนวก ค ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย .....	106
ภาคผนวก ง หลักฐานขออนุญาตการใช้เครื่องมือ .....	109
ภาคผนวก จ เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง .....	113
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	119
ภาคผนวก ช ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	147
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	151



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (n = 110) .....	70
ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง รายด้านและโดยรวม (n = 110).....	73
ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและต่ำสุดของการสนับสนุนทางสังคม (n = 110) .....	74
ตารางที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเผชิญความเครียด (n = 110).....	74
ตารางที่ 5 ค่าคะแนนสัมพัทธ์การเผชิญความเครียด (n = 110).....	74
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (n = 110).....	75
ตารางที่ 7 ค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (n = 110).....	75
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของระดับความรุนแรงของอาการ (n = 110).....	76
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและต่ำสุดของความรุนแรงของอาการ (n = 110).....	76
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของคะแนนความปกติและผิดปกติความสามารถในการรู้คิด (n= 110).....	76
ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและต่ำสุดของความสามารถในการรู้คิด (n= 110).....	76
ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิดในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix).....	77

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ( $R^2$ ) และค่าทดสอบความมีนัยสำคัญของ สัมประสิทธิ์การทำนาย ที่เพิ่มขึ้น ( $R^2$ change) ในการทำนายการปรับตัวของ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 110 คน ( $n=110$ ) .....	78
ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายการปรับตัวของ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 110 คน ( $n=110$ ) .....	79
ตารางที่ 15 Test of Normality .....	149



## สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 กราฟแสดงการตรวจสอบการแจกแจงข้อมูล .....	149
แผนภาพที่ 2 กราฟแสดงการตรวจสอบค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อน .....	150



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันคนทั่วโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 6.5 ล้านคน ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2553-2558 โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นลำดับที่ 3 รองจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองและจำนวนผู้เจ็บป่วยในปี พ.ศ. 2550-2558 เพิ่มขึ้นตามลำดับ อัตราการเสียชีวิต 20.65, 20.78, 21.04, 27.53 30.00, 31.69, 36.13, 38.66 และ 42.62 ต่อประชากร 100,000 คน และจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 12,995, 13,133, 13,353, 17,540, 19,283, 20,378, 23,350 และ 25,114 ราย ตามลำดับ และยังพบอีกว่าในปี พ.ศ. 2553-2555 จังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่างมีอัตราการเจ็บป่วยสูงอยู่ใน 10 อันดับแรกของประเทศ โดยปี พ.ศ. 2553 จังหวัดอุดรธานี สุโขทัย พิษณุโลก และตาก มีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับที่ 3, 5, 8 และ 10 ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2554 จังหวัดสุโขทัยเป็นลำดับที่ 1 และจังหวัดพิจิตรลำดับที่ 10 และปี พ.ศ. 2555 จังหวัดอุดรธานีเป็นลำดับที่ 2 และจังหวัดพิจิตรอันดับ 7

ข้อมูลสถิติ The Stroke Center at University Hospital พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกร้อยละ 15 เสียชีวิตในระยะเวลาด้านสั้น จากพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงและรวดเร็ว จากความเสี่ยงในการเสียชีวิตมีสูงมากในช่วง 30 วันแรกหลังเกิดโรค (Dennis, et al., 1993 cited in Hankey, et al., 2000) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร้อยละ 7.6 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกร้อยละ 37.5 มักเสียชีวิตภายใน 30 วัน การศึกษาในแอฟริกาใต้คาดการณ์ว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองภายใน 28 วันหลังเกิดโรคร้อยละ 33.33 (Bertram, Katzenellenbogen, Vos, Bradshaw and Hofman, 2013)

ในปัจจุบันเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์ได้พัฒนาเจริญก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น ทำให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้รอดชีวิตได้ โดยทั่วไปหากผู้ป่วยสามารถผ่าน 30 วันแรกหลังปรากฏอาการ ผู้ป่วยมักจะรอดชีวิต แต่ร้อยละ 90 ของผู้รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ (Periard and Ames, 1993)

ในประเทศไทยอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูงใน 1 เดือนแรก อัตรารอดชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (survival rate) ที่ระยะเวลา 6 เดือน จนถึง 24 เดือน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2555

อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ระยะเวลา 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในปี 2550 คือ ร้อยละ 82%, 78% และ 74% เพิ่มขึ้นในปี 2555 เป็น 88% 84% และ 82% ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกปี 2550 คือ 56% 54% และ 52% เพิ่มขึ้นในปี 2555 เป็น 62% 60% และ 56% ตามลำดับ (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2557) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตนั้น จะมีความบกพร่องของร่างกายที่แตกต่างกันไป ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ก้าวขาลำบาก พุดลำบาก พุดไม่ได้ กลืนลำบากหรือกลืนไม่ได้ อัมพาตครึ่งซีก สื่อสารไม่ได้ สับสนและสูญเสียความทรงจำ (Ragsdale, Yarbrough and Lasher, 1993) บางรายอาจมีปัญหาด้านระบบประสาทและอุจจาระผิดปกติ มีข้อจำกัดในการสื่อสาร รวมถึงปัญหาด้านการมองเห็น

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เป็นเรื่องยากที่จะทำให้ใจ ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคจะมีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันลดลง ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ การเข้าร่วมสังคมน้อยลง เกิดความคับข้องใจและรู้สึกว่าถูกจำกัด ไม่สามารถทำในสิ่งที่ชอบได้เหมือนเดิม (Williams and Murray, 2013) กระทั่งต่อครอบครัวและสังคมการทำหน้าที่ในครอบครัวลดลง มีความต้องการการพึ่งพาระหว่างกัน (Davis, Egan, Dubouloz, Kubina and Kessler, 2013; วราลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2550) ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดต้องอยู่กับความพร่องความสามารถในหลายด้าน มีผลต่อร่างกาย ความสามารถ จิตใจ สังคม และสุขภาพทางสังคม (Murray and Harrison, 2004) ต้องปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลทำให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหการปรับตัวดังนี้

ด้านร่างกาย พยาธิสภาพที่สมองส่งผลให้เกิดความพร่องในการกำหนดรู้ การควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ความพร่องในการติดต่อสื่อสาร ความพร่องของระบบประสาทสั่งการ ความพร่องของประสาทสัมผัส ความพร่องในเรื่องการกลืนอาหาร ความพร่องของการควบคุมการขับถ่าย (Nys et al., 2007; กฤษณา พิวเวช, 2552; รจน์ เฟิงแก้ว, 2551)

ด้านจิตใจ ในระยะเฉียบพลันผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเสียใจ ตกใจ กลัว (กวิรินทร์นาฏ บุญชู, 2554) ทรมาน หงุดหงิด รวมถึงรำคาญที่ทำอะไรไม่ถนัด สูญเสียความเป็นตัวเอง วิตกกังวล เครียดอยากตาย (รจน์ เฟิงแก้ว, 2551) เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ ท้อแท้ สิ้นหวัง อาย สูญเสียความพึงพอใจในตนเอง ไม่มั่นใจ ไม่มั่นคงในตนเอง วิตกกังวล (วราลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2550) และอารมณ์เศร้า พบบ่อยที่สุดถึงร้อยละ 40 อาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่นานและพยาธิสภาพในสมองทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเบื่อหน่าย ผิดหวัง แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เบื่อกิจกรรมทุกอย่าง ซึมเศร้า ท้อแท้ อยากตาย ผู้ป่วยมักคิดว่าตนเองไม่มีโอกาส ไม่มีความหวังอีกต่อไปอยู่ไปก็เป็นภาระของครอบครัว ทำให้ทุก

คนลำบาก รู้สึกตนเองไม่มีค่า และมีความผิดที่เป็นแบบนี้ (กองพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2554)

ด้านสังคม ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมต่อต้าน มักจะปฏิเสธการดูแลจากคนอื่น ไม่ยอมให้ช่วยเหลือ กินยาหรือฉีดยา มีพฤติกรรมถดถอย อ้วน เรียกร้องความช่วยเหลือทั้งๆที่ตนเองทำได้ ก้าวร้าว ควบคุมตัวเองไม่ได้ เอาแต่ใจ เรียกร้องให้ได้ดังใจ ก้าวร้าวต่อผู้รักษาหรือญาติพี่น้องไม่กล้าทำงาน ไม่กล้าเดินทาง ไม่กล้าไปไหนคนเดียว บางคนไม่ยอมตกอยู่ในสภาพเจ็บป่วยเลยหลีกเลี่ยงไม่มาพบแพทย์ตามนัด ไม่ยอมกินยาตามกำหนด (กองพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2554) และพบความเปลี่ยนแปลงในสัมพันธ์ของเพื่อน ขาดสังคมที่เคยมี (กวิทร์นาฏ บุญชู, 2554; รจน์ เฟิงแก้ว, 2551)

ด้านบทบาทหน้าที่ เกิดผลกระทบกับการประกอบอาชีพ โอกาสเข้าร่วมสังคมและการเข้าถึงการติดต่อสื่อสารต่างๆ รู้สึกเหมือนต้องติดอยู่แต่ในบ้าน ทางเลือกในอาชีพมีน้อย (Williams and Murray, 2013) ความสามารถในการทำงานลดลง สูญเสียอาชีพ ขาดรายได้ ไม่สามารถดำรงบทบาททางสังคมได้ (กวิทร์นาฏ บุญชู, 2554; รจน์ เฟิงแก้ว, 2551; สุขาดา กาสีวงศ์, 2545)

ด้านเพศ มีการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (กองพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2554) หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความถี่ของการร่วมเพศลดลง ครึ่งหนึ่งไม่มีการร่วมเพศในระหว่างที่ยังมีการตรวจรักษาเพิ่มเติมมีเพียง 15% ที่ยังคงมีเพศสัมพันธ์ (Sjogren and Fugl-Meyer, 1982)

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบหลายด้าน บทบาทของพยาบาลนอกจากให้การดูแล เพื่อให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่กลับเป็นซ้ำ และฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว ยังมีบทบาทในการสนับสนุนทั้งผู้ป่วยและญาติให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้นโดย ประเมินความสามารถในการเข้าใจการสนทนา การตอบสนองและการปฏิบัติตามข้อชี้แนะว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ ให้ความคุ้นเคย ความเข้าใจ และให้เวลาในการปฏิบัติ สอนการฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลาย สอนให้ผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพักผ่อนที่เพียงพอ แนะนำและกระตุ้นให้ครอบครัวให้ความรัก ความเข้าใจ ดูแลด้านจิตใจอารมณ์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้มีความเข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยและความพิการที่อาจหลงเหลืออยู่ (สถาบันประสาทวิทยา, 2554)

ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ ยอมรับการเจ็บป่วยได้ พยายามฟื้นฟูร่างกายให้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุดภายใต้ขีดจำกัด สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ภายใต้ความพร้อมสมรรถภาพที่หลงเหลืออยู่ เช่น การกลับไปประกอบอาชีพ การดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น และผู้ที่ไม่สามารถยอมรับสภาพการเจ็บป่วย ส่งผลให้การปรับตัว

ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่รวมมือในการฟื้นฟูสภาพ โอกาสในการกลับไปประกอบอาชีพมีน้อย (วาราลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2550) ครอบคลุมต่อการรักษาและฟื้นฟูบำบัดทางกาย ผู้ดูแลเหนื่อยมากขึ้น ผู้ป่วยมีอัตราการตายสูง (กองพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2554)

การส่งเสริมให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวเหมาะสมมีประสิทธิภาพ พยาบาลจำเป็นต้องทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังมีน้อย โดยเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ 3 งาน (สุชาติดา กาสีวงศ์, 2545; วาราลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2550; รจน์ เฟิงแก้ว, 2551) งานวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ 1 งาน (กาญจนา ศิริวรราชัย, 2536) โดยปัจจัยที่ศึกษาประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เป็นโรค สัมพันธภาพในครอบครัว และความหวัง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ แต่ยังไม่มีการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยเชิงทดลอง 3 งาน (ประภัสสร สมศรี, 2549; ยาพร โอฬาริกพันธุ์, 2541; วิณา ลิ้มสกุล, 2545) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งมีความแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ ในด้านการเป็นที่พึ่งพาของครอบครัว ต้องการดำรงบทบาทเดิมก่อนเกิดโรค เช่น บทบาทบิดามารดา หัวหน้าครอบครัว การกลับไปประกอบอาชีพ เป็นต้น

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ อายุ 18-59 ปี และโดยเน้นการศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน เป็นต้น เพื่อนำความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยคัดสรรได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด ต่อการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

## คำถามการวิจัย

1. การปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
2. การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel ที่อธิบายถึงการรับรู้และเข้าใจกระบวนการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากภาวะความเจ็บป่วยของบุคคล การให้ความหมายของเหตุการณ์ความเจ็บป่วย และการสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วย ถ้าบุคคลไม่สามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก็จะเกิดขึ้น การปรับตัวจึงเป็นพฤติกรรมทางจิตสังคมในขั้นสุดท้ายที่บรรลุความสมดุลหลังจากเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมทั้งด้านร่างกาย จิต และสังคม ผู้วิจัยคัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวดังนี้

1. ปัจจัยด้านสิ่งกระตุ้น (Stimuli Frame) หมายถึงรูปแบบ ส่วนประกอบ และโครงสร้างของสิ่งกระตุ้นที่บุคคลรับรู้ โดยสิ่งกระตุ้นนี้คือความเจ็บป่วย หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วยรูปแบบของอาการแสดงและความรุนแรงของอาการ (Symptom Pattern)

**ความรุนแรงของอาการ** เป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนของอาการ แบบแผนของอาการที่ไม่ชัดเจนหรือมีการเปลี่ยนแปลงทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์ได้และส่งผลกระทบต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบแผนของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Anema, Johnson, Zeller, Fogg and Zetterlund, 2009) ความรุนแรงของอาการเพิ่มความยุ่งยากในการปรับตัวและการรักษา (Christman, 1990) พยาธิสภาพจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน และแตก ทำให้เกิดภาวะเนื้อสมองขาดเลือดจนถึงเนื้อสมองตาย อันส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติเฉพาะที่ทางระบบประสาท (focal neurological deficit) ตามบริเวณที่สมองส่วนนั้นรับผิดชอบอยู่ (พรชัย สติรปัญญา, 2551) โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความพิการของร่างกาย ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง ผู้ที่มีความพิการเล็กน้อย สามารถทำกิจกรรมได้เองก็จะมี ความเครียดน้อยกว่าผู้



ที่มีความพิการรุนแรงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (ยุพาพร โอฬาริก พันธุ์, 2541) ความพร้อมทางระบบประสาทส่งผลต่อโอกาสในการกลับไปทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย การสื่อสาร (Hofgren, Bjorkdahl, Esbjornsson and Sunnerhagen, 2007) Sjögren and Fugl-Meyer (1982) พบว่าระดับความพร้อมสมรรถภาพมีความสำคัญอย่างมากในการปรับตัวของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความสามารถของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในด้านกรมีกิจกรรมยามว่างของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วย (สุมาพร บรรณสาร, 2545; อุสา เอี่ยมสังข์, 2546; อุไรวรรณ สาสังข์, 2548)

2. ปัจจัยด้านความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจ (Cognitive Capacity) เป็นความสามารถของบุคคลในการใช้สติปัญญาและความรู้ที่มีอยู่ในการประเมินเหตุการณ์ แปลข้อมูลที่รับรู้และตัดสินใจ ความสามารถในการใช้สติปัญญานี้เป็นผลมาจากสิ่งกระตุ้น โดยที่จะช่วยให้บุคคลระบุแบบแผนของอาการแสดง สร้างความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ และมีความคาดหวังใกล้เคียงหรือสอดคล้องกับเหตุการณ์จริง

**ความสามารถในการรู้คิด** การรู้คิดเป็นกระบวนการจำแนกข้อมูลที่ได้รับเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่างๆ มีการแปลความหมาย ทำความเข้าใจและจดจำ รวมถึงการตัดแปลงข้อมูลเพื่อแสดงออกอย่างเหมาะสม (กฤษณา พิวเวช, 2552) ความสามารถในการรู้คิดมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ความสามารถในการรู้คิดมีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ปิยะภัทร วัชรวิวัฒน์พงษ์, 2547 อ้างถึงใน ปทุมทิพย์ อุดลย์วัฒนศิริ, 2555; Diamond, Felsenthal, Macciocchi, Butler and Lally-Cassady, 1996) ความพร้อมในการรู้คิดที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วย 55% มีความพร้อมในการรู้คิด ซึ่งอาจมีความพร้อมด้านเดียวหรือหลายด้าน ได้แก่ ความพร้อมในการคิดบริหารจัดการ การรับรู้ทางสายตา ภาวะละเอียดร่างกายครึ่งซีก การเข้าใจเหตุผล ความจำระยะสั้น และการใช้ภาษา (Gottesman and Hills, 2010; Nys et al., 2007) ความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการกลับไปประกอบอาชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงาน ผู้ป่วยที่มีความพร้อมด้านภาษากลับเข้าทำงานได้ในระดับต่ำ (Hofgren et al., 2007; Hommel, Miguel, Naegle, Gonnet and Jaillard, 2009)

3. ปัจจัยด้านแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน (Structure Providers) ประกอบด้วยแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

**การสนับสนุนทางสังคม** การเข้าถึงแหล่งประโยชน์มีความสัมพันธ์กับกระบวนการปรับตัว (Rochette, Tribble, Desrosiers, Bravo and Bourget, 2006) การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลง เผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Norbeck, 1982) บุคคลที่

ได้รับการยอมรับสนับสนุนจากคู่สมรสและบุคคลในครอบครัว จะมีสัมพันธภาพและบทบาทในครอบครัว และการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพ (Primomo, Yates and Woods, 1990)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Glass and Maddox (1992) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Kessler และคณะ (2009) พบว่าการสนับสนุนที่ได้รับจากผู้อื่น มีผลกระทบต่อการทำงาน บทบาทในครอบครัว สุขภาพและการเจ็บป่วย การจำแนกแยกแยะ การฟื้นฟูสภาพ และการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย Rochette (2006) พบว่าการเข้าถึงแหล่งประโยชน์มีความสัมพันธ์กับกระบวนการปรับตัวของผู้ป่วยหลังเกิดโรค

4. ความรู้สึกไม่แน่นอน เป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับสิ่งร้าย หรือตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจให้ความหมายต่อสถานการณ์นั้นได้ ไม่สามารถประเมินสภาพความเจ็บป่วย วิเคราะห์สถานการณ์ และคาดการณ์ผลที่จะเกิดขึ้นได้ เนื่องจากขาดแนวทางในการประเมินทำให้ไม่สามารถทำนายผลได้ ซึ่งเป็นภาวะที่บุคคลรับรู้ได้และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

**ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย** มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เกิดความรู้สึกสงสัย กลัวสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นหรือกลัวตาย อาการของโรคที่แย่งการเปลี่ยนแปลงจากการรักษาในโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน ไม่สามารถทำนายอนาคตได้ นำไปสู่ความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วย (Burton, 2000) ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้ยังเกิดขึ้นได้ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยจากอาการที่แย่ง การกลับเป็นซ้ำของโรค ภาวะแทรกซ้อนจากความพิการที่เกิดขึ้น ธัญพร ชื่นกลิ่น (2543) พบว่าในระยะก่อนการรับรู้การเป็นอัมพาตท่อนล่าง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสงสัยไม่รู้ว่าตนเองเป็นอะไร และจากหลายการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวในผู้ป่วย (จุฬาลักษณ์ กวีวิรัชชัย, 2536; จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536; สุมาพร บรรณสาร, 2545)

5. การเผชิญความเครียด เป็นความพยายามทั้งการกระทำและนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียด ซึ่งความพยายามนี้ต้องใช้แหล่งประโยชน์มากกว่าปกติ การเผชิญความเครียดนี้เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

**การเผชิญความเครียด** Bronstein (1991) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหามีคะแนนการปรับตัวอยู่ในระดับสูง Burton (2000) พบว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือความสามารถในการเผชิญ

ปัญหา Livneh และคณะ (2005) พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวและการยอมรับความพิการที่เกิดขึ้น การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความพิการที่เกิดขึ้น Williams และ Murray (2013) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้กลยุทธ์หลากหลายในการเผชิญความเครียดช่วยให้เขาผ่านช่วงเวลาที่แย่และอยู่กับข้อจำกัดที่ตนเองมีได้จากแนวเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยตั้งสมมุติฐานการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด กับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากร คือ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 18-59 ปี มารับการตรวจติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตภาคเหนือตอนล่าง

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยตัวแปรต้น คือ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด และตัวแปรตาม คือ การปรับตัว

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**การปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง พฤติกรรมทางจิตสังคมที่แสดงออกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ทางสังคม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะปกติ วัดโดยแบบสอบถามการปรับตัวของ Derogatis (1986) ฉบับที่ปรับแก้ของ สุมาพร บรรณสาร (2545) ซึ่งประเมินการปรับตัว 7 ด้าน คือ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธ์ทางเพศ ด้านสัมพันธ์กับครอบครัวขยาย ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ จำนวน 45 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกรับตอบ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก โดยคะแนนที่สูงแสดงถึงการปรับตัวที่เหมาะสม

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองถึงความรัก ความผูกพัน ความสนับสนุนช่วยเหลือจากคนในสังคม และการให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม วัดโดยแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม The ENRICH Social Support Questionnaire (ESSI) แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตจะกุล (2549) มีข้อคำถาม 7 ข้อ ประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์การให้ข้อมูล เครื่องมือและการประเมิน ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย ถึง 5 คะแนน หมายถึง ตลอดเวลา ค่าคะแนนเฉลี่ยน้อย แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนเฉลี่ยมาก แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมสูง

**การเผชิญความเครียด** หมายถึง วิธีการที่ผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองคิดและแสดงออกเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง วัดโดยแบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1988) แบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม จำนวน 36 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนด้านใดมากแสดงถึงการใช้การเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก

**ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย** หมายถึง การที่ผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถกำหนดรูปแบบความหมายของการเจ็บป่วย ไม่สามารถประเมินสภาพความเจ็บป่วย วิเคราะห์สถานการณ์และทำนายผลที่จะเกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน ความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นมี 4 รูปแบบ คือ ความคลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการสุขภาพ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับวินิจฉัยและความรุนแรงของสภาวะความเจ็บป่วย และการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค วัดโดยแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1989) ฉบับชุมชน จำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน

ประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมสูงแสดงถึงการมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาก

**ความรุนแรงของอาการ** หมายถึง ความพร้อมความสามารถด้านการเคลื่อนไหว การรับความรู้สึก ความรู้สึกตัว การทำงานประสานกันของร่างกาย และการใช้ภาษา ของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง วัดโดยแบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (National institute of health stroke scale) แปลเป็นภาษาไทยโดย ยงชัย นิละนนท์ และคณะ (2553) ข้อคำถามในการประเมินจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย การประเมิน ระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวของลูกตา การมองเห็น การควบคุมการเคลื่อนไหวของใบหน้า การเคลื่อนไหวของแขน การเคลื่อนไหวของขา การประสานงานของกล้ามเนื้อส่วนปลาย การรับความรู้สึก ความผิดปกติของการสื่อสาร ความบกพร่องของการพูด และการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ให้คะแนนตามที่กำกับไว้ในแต่ละข้อตามความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น คะแนนรวม 42 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรุนแรงของโรคน้อย ความรุนแรงของโรคปานกลาง และความรุนแรงของโรคมมาก

**ความสามารถในการรู้คิด** หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ มีการแปลความหมาย ทำความเข้าใจและจดจำ วัดโดยแบบประเมิน Mini mental state examination ฉบับภาษาไทย ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) ลักษณะคำถามเป็นการประเมินความสามารถในการรู้คิด 5 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ ด้านการจดจำ ด้านความใส่ใจ การระลึกได้ และด้านภาษา จำนวน 11 ข้อ ให้คะแนนตามที่กำกับไว้ในแต่ละข้อ คะแนนรวม 30 คะแนน จุดตัด (cut-off point) ที่สงสัยว่ามีความพร้อมความสามารถในการรู้คิดสำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา และผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา อยู่ที่คะแนน 14, 17 และ 22 ตามลำดับ หากมีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับคะแนนดังกล่าวถือว่ามีความพร้อมความสามารถในการรู้คิด

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวให้กลุ่มผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. เป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อขยายความรู้ และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวให้กลุ่มผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Discriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยคัดสรรได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด ต่อการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

#### 1. โรคหลอดเลือดสมอง

- 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.3 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.4 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.5 ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.6 การฟื้นฟูสภาพ
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### 2. แนวคิดผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

- 2.1 อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง
- 2.2 การรอดชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.3 ความหมายของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

#### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว

- 3.1 ความหมายของการปรับตัว
- 3.2 ทฤษฎีการปรับตัว
- 3.3 การปรับตัวตามแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel
- 3.4 ปัญหาการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
- 3.5 การประเมินการปรับตัว

#### 4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว

- 4.1 การสนับสนุนทางสังคม

- 4.2 การเผชิญความเครียด
- 4.3 ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย
- 4.4 ความรุนแรงของอาการ
- 4.5 ความสามารถในการรู้คิด

## 5. กรอบแนวคิดการวิจัย

### 1. โรคหลอดเลือดสมอง

#### 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease [CVD] หรือ Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันหรือแตก ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นสาเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป และทำให้เกิดการทำลายของเซลล์สมอง ก่อให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่ มีอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; Book, 2002; Prencipe et al., 1977) อาการที่พบบ่อยคือ อาการอ่อนแรงของแขนขาซีกใดซีกหนึ่ง (hemiphegia) (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; Barker & Rice, 2001) ผู้ที่รอดชีวิตจะมีปัญหาหลักคือ ความพิการต่างๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับตำแหน่งพยาธิสภาพในสมอง ความพิการที่เกิดขึ้นมาเป็นจุดสำคัญของการให้การฟื้นฟูสภาพเพื่อลดความพิการ และเพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของ Stroke ว่าเป็นภาวะที่มีความบกพร่องของระบบประสาท ที่มีสาเหตุจากรอยโรคของหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไปก่ให้เกิดการอาการและอาการแสดงคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2551) ได้ให้ความหมายโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการและอาการแสดงจากความบกพร่องของระบบประสาท โดยเกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุจากหลอดเลือดสมองตีบตันหรือแตก

National Institute of Neurological Disorders and Stroke ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้น เมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออกในสมองอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นอย่างถาวรก็ได้

นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2544) กล่าวว่า Stroke (Cerebrovascular disease) หมายถึงภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาท อันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดซึ่งเกิดจากหลอดเลือดสมองแตก ตีบ หรืออุดตัน

โดยสรุป โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความผิดปกติของระบบประสาท อันเนื่องมาจาก ความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตันหรือแตก ทำให้สมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมอง อาการมักเกิดขึ้นรวดเร็ว มีอาการและอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง อาจเป็นชั่วคราวหรือเป็นถาวร

## 1.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

การแบ่งประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามลักษณะพยาธิ สรีรวิทยา เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) ภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ทำให้เลือดออกในสมอง สมองขาดเลือดไปเลี้ยง และเลือดที่ออกมาไปกดเนื้อสมองทำให้บริเวณเนื้อสมองดังกล่าวเกิดการอักเสบและสมองตายในที่สุด (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2548; นิพนธ์ พวงวรินทร์; 2544; Hickey, 1977; Rice, Balakas, Darke, Freed, & Schappe, 2001)

2) ภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ที่เกิดจากการตีบตันหรือการอุดตันของลิ้มเลือด เกร็ดเลือดหรือมีไขมันที่ผนังหลอดเลือดด้านใน ทำให้เลือดไหลเวียนได้ไม่สะดวก สมองได้รับเลือดไม่เพียงพอหรือขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้เนื้อสมองตายส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาท ในระยะแรกผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือด แต่ถ้าวรอดชีวิตจากระยะวิกฤตมาได้ ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองมักจะมีคามพิการหลงเหลืออยู่น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือด

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีรอยโรคแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) รอยโรคของระบบหลอดเลือดทางด้านหน้า ได้แก่ หลอดเลือดแดง anterior cerebral หรือ middle cerebral ทำให้เกิดอาการอ่อนแรงครึ่งซีกบริเวณใบหน้า แขนและขา โดยมีความรุนแรงของอาการอ่อนแรงแตกต่างกันตามตำแหน่งของรอยโรค ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นๆ เช่น ซามีความบกพร่องด้านภาษา พูดไม่ชัด และมองไม่เห็นภาพ

2) รอยโรคของระบบหลอดเลือดทางด้านหลัง ได้แก่ หลอดเลือดแดง vertebral, basilar และ posterior cerebral ทำให้เกิดอาการผิดปกติแตกต่างกันตามตำแหน่งหลอดเลือดที่เลี้ยงสมองที่ควบคุมการทำงานแต่ละส่วน ได้แก่ เดินเซ ซา อ่อนแรงซีกตรงข้ามหรือซีกเดียวกับรอยโรค บ้านหมุน พูดไม่ชัด

## 1.3 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุของการเกิดพยาธิสภาพของโรค (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2558) ดังนี้



### 1.3.1 สาเหตุของการเกิดหลอดเลือดตีบตัน ได้แก่

- 1) มีความผิดปกติของหลอดเลือด หรือหลอดเลือดแข็ง ที่เรียกว่า Artherosclerosis เกิดจากการมีไขมันและหินปูนมาสะสมที่ผนังหลอดเลือด ทำให้รูทางเดินของหลอดเลือดแคบลงเรื่อยๆ จนมีการอุดตันในที่สุด โรคของหลอดเลือดนี้อาจเกิดกับหลอดเลือดในสมองเอง หรืออาจเกิดกับหลอดเลือดใหญ่บริเวณคอที่ส่งเลือดมาเลี้ยงสมอง การเกิดหลอดเลือดแข็งนี้พบได้ในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคต่างๆที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้ที่สูบบุหรี่หรือดื่มสุราจัด
- 2) มีลิ่มเลือดหลุดจากที่อื่นมาอุดตันหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคหัวใจบางชนิด ได้แก่ โรคลิ้นหัวใจพิการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะบางชนิด โรคหัวใจเหล่านี้มักทำให้มีลิ่มเลือด คือเลือดที่จับตัวเป็นก้อนเล็กๆ ในบางครั้งลิ่มเลือดเหล่านี้จะหลุดไปยังหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดการอุดตันได้

1.3.2 โรคหลอดเลือดสมองแตก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความดันโลหิตสูงที่เป็นมานาน ส่วนน้อยเกิดจากหลอดเลือดสมองผิดปกติ โรคหลอดเลือดสมองแตกแบ่งออกเป็น

- 1) หลอดเลือดสมองแตกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทขึ้นมาทันที เนื่องจากเลือดที่ออกไปกดเบียดเนื้อสมอง ทำให้สมองทำงานผิดปกติ นอกจากนี้ยังเกิดความดันในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมักมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ถ้าเลือดที่ออกมีจำนวนมากหรือเลือดออกในก้านสมอง ผู้ป่วยอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

- 2) หลอดเลือดสมองแตกในเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage) สาเหตุมักเกิดจากการโป่งพองของหลอดเลือดสมอง (aneurysm) บริเวณฐานกะโหลกศีรษะ เมื่อมีเลือดออกในทันทีทันใด ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะรุนแรงมากอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน ในบางรายอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้ตั้งแต่วะยะแรก จำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษารีบด่วน

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามระยะเวลาการดำเนินโรค แบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

- 1) Transient Ischemic Attack (TIA) เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่อาการและอาการแสดงเกิดขึ้นและหายไปภายใน 24 ชั่วโมง
- 2) Reversible Ischemic Neurological Deficit (RIND) เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่อาการและอาการแสดงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง และหายเป็นปกติภายในเวลา 3-4 สัปดาห์
- 3) Stroke in Evolution เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่อาการและอาการแสดงมากขึ้นเรื่อยๆ มักเกิดจากหลอดเลือดอุดตันเพิ่มขึ้น

4) Completed Stroke เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่อาการและอาการแสดงของโรคคงที่แล้ว

#### 1.4 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้น อาการและอาการแสดงในแต่ละรายจะแตกต่างกันไปตามตำแหน่งของสมองที่เกิดพยาธิสภาพ ลักษณะอาการความผิดปกติที่อาจคาดได้ว่าจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีดังนี้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539 อ้างถึงใน รจัน เฟ็งแก้ว, 2551)

1.4.1 อาการมักเกิดขึ้นที่ทันใดขณะที่ผู้ป่วยพักผ่อน เช่น นอนหลับ นั่งดูโทรทัศน์ หรือกำลังออกกำลังกายเล็กน้อย เช่น แต่งตัวหรือเดินเล่น

1.4.2 กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงหรือเป็นอัมพาต รู้สึกหนักที่แขนและขาข้างเดียวกัน แต่อาจจะไม่เท่ากัน หากเป็นขณะตื่นจะรู้สึกว่าแขนขาข้างนั้นหนักขึ้นทุกที

1.4.3 อาการชา ซึ่งหมายถึงการรับรู้ความรู้สึก หรืออุณหภูมิของผิวหนัง พบไม่บ่อย ส่วนใหญ่อาการที่ผู้ป่วยบอกว่าชามักหมายถึงอาการหนัก หรือไม่มีแรงมากกว่า

1.4.4 อาการพูดไม่ได้ มีลักษณะพูดไม่ออก เสียงอยู่ในลำคอไม่สามารถเปล่งเสียงออกมาได้ เรียกชื่อสิ่งของไม่ได้ ไม่เข้าใจคำพูดของคนอื่น ถ้ารู้หลายภาษาจะเริ่มผิดปกติจากภาษาที่ถนัดน้อยก่อน หรือในอีกลักษณะคือการพูดไม่ชัด มักจะเกิดขึ้นกับการกลืนลำบาก เสียงแหบ และสำลัก

1.4.5 อาการซึมและหมดสติ มักเป็นเฉพาะในรายที่กลับเป็นซ้ำ หรือเกิดพยาธิสภาพในสมองส่วนที่สำคัญมาก

1.4.6 อาการปวดศีรษะ อาจพบลักษณะการปวดตุบๆ ซึ่งเป็นแบบอาการปวดของหลอดเลือดขยายตัว มักปวดบริเวณขมับ ส่วนใหญ่อาการปวดไม่รุนแรง

1.4.7 อาการชัก พบได้น้อย

1.4.8 อาการวิงเวียนศีรษะ ทรงตัวไม่อยู่ รู้สึกตัวหมุน หรือเห็นสิ่งของรอบตัวหมุน สาเหตุเกิดจากพยาธิสภาพบริเวณสมองน้อย (Cerebellum)

1.4.9 อาการสะอึก เกิดจากศูนย์ควบคุมที่ในบริเวณแกนสมองทำงานผิดปกติ

1.4.10 ตามัวครึ่งซีก มีลักษณะตาแต่ละข้างจะมีอาการมัวหรือมืดไปข้างใดข้างหนึ่ง เช่น ครึ่งขวาของแต่ละตา เป็นผลมาจากประสาทรับภาพที่ผ่านเข้ามาในสมองจนถึงสมองส่วนที่รับภาพ

1.4.11 การเลื่อมหน้าที่ของสมองในด้านความคิด ความจำ การคำนวณ ความเฉลียวฉลาด การตัดสินใจ

1.4.12 ความผิดปกติของอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า ท้อแท้ หมดหวัง หงุดหงิด โมโหง่าย ใจร้อน เกิดจากการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของร่างกายกะทันหัน ผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับตัวได้

**1.5 ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง** อาการของผู้ป่วยแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ กระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักจะใช้ระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง ปัญหาที่สำคัญในระยะนี้ได้แก่ อาการหมดสติ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่างๆในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลว ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลา 1-14 วัน

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะนี้อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย หรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตอ่อนปวกเปียก หลังผ่าน 48 ชั่วโมง กล้ามเนื้อที่เป็นอัมพาตจะค่อยๆ แข็งเกร็งขึ้น การดูแลรักษาเน้นการฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

#### **1.6 การฟื้นฟูสภาพ** (ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรารกร, 2553)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักมีความพิการหลงเหลืออยู่หลังจากระยะแรกไปแล้ว การฟื้นฟูสภาพเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน ทำงาน และเข้าสังคมให้ได้มากที่สุด การฟื้นฟูสภาพนี้ควรเริ่มตั้งแต่ในระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล หรือหอบุป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้การประเมินวางแผนและเริ่มการฟื้นฟูตั้งแต่เนิ่นๆ การวางแผนร่วมกันจากสหวิชาชีพนั้นจะทำให้คุณภาพการดูแลดีขึ้น การฟื้นฟูผู้ป่วยในช่วงที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล จะช่วยให้จำหน่ายผู้ป่วยได้เร็วขึ้นตามผู้ป่วยแต่ละรายและมีผลการรักษาในระยะยาวที่ดีขึ้น แต่ควรสมการสนับสนุนจากทีมสุขภาพหรือญาติร่วมด้วยเสมอ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นคืนของผู้ป่วยจากอาการของโรคหลอดเลือดสมอง (ดารณี สุวพันธ์ และวุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์, 2551)

1) ปัจจัยทางพยาธิสภาพ พบว่าตำแหน่งของพยาธิสภาพมีความสำคัญต่อการฟื้นคืนของกำลังกล้ามเนื้อ ความเป็นไปได้ในการฟื้นคืนของกำลังกล้ามเนื้อแขนจะลดลงตามลำดับในรอยโรคในตำแหน่งต่อไปนี้ รอยโรคที่ motor cortex, corona radiate และ posterior limb of internal capsule ส่วนเส้นใยประสาทจาก supplementary motor area จะทอดผ่าน anterior limb of motor capsule และเส้นใยประสาทจาก premotor area จะผ่านตรง genu of internal capsule รอยโรคใน basal ganglion ที่ทำลายโครงสร้างของ internal capsule ในจุดต่างๆเหล่านี้

ก็จะให้อาการเหมือนเกิดรอยโรคที่ผิวสมองเช่นกัน ส่วนผู้ป่วยที่มีรอยโรคตรง premotor area จะมีการฟื้นคืนของกำลังกล้ามเนื้อได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่มียโรคดังกล่าว

2) ปัจจัยทางคลินิก ที่มีผลต่อการฟื้นคืนกำลังกล้ามเนื้อ ได้แก่ ความรุนแรงของโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก นอกจากนี้คือประวัติโรคหลอดเลือดสมองในอดีต เบาหวาน และโรคหลอดเลือดส่วนปลาย บางการศึกษาพบว่า อายุ โรคหัวใจ และโรคสมองเสื่อม ก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะมีผลกระทบต่ออัตราการตายและการกลับเป็นซ้ำภายหลัง 1 ปี นอกจากนี้ในรายที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ พบว่าจะต้องใช้เวลา 6 เดือนเป็นอย่างน้อยกว่าจะฟื้นคืนสู่สภาพที่ไม่พึงพาได้ ซึ่งจะนานกว่า ในรายที่เป็นครั้งแรก

3) ปัจจัยด้านการรักษา การรักษาที่รวดเร็วและถูกต้องเหมาะสมกับพยาธิสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสำคัญต่อการฟื้นคืนกำลังอย่างยิ่ง การให้ยาละลายลิ่มเลือดตามข้อบ่งชี้ การให้อาหารและสารน้ำที่เพียงพอเหมาะสม รวมไปถึงการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งไม่ลืมที่จะให้การรักษาด้วยวิธีการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูแต่เนิ่นๆ ล้วนแต่มีผลต่อการฟื้นฟูทั้งสิ้น

### 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมีความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยว่าน่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง การรักษาที่รวดเร็วเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (สถาบันประสาทวิทยา , 2550) บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี ดังนี้ (รจน์ เฟ็งแก้ว, 2551)

- 1) ตั้งใจฟังผู้ป่วยอย่างจริงจัง ให้ความสนใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก
- 2) อย่ามีเจตคติต่อการฟื้นฟูสภาพในแง่ลบ เพราะผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้แม้ใช้ระยะเวลาเกิน 1 ปี หากได้รับการส่งเสริมมากพอ
- 3) ควรพยายามทำความเข้าใจการสื่อสารของผู้ป่วย ทั้งการพูดและการเขียน ฟังให้เข้าใจถึงความหมายที่แฝงอยู่ในคำบอกเหล่านั้น
- 4) ระยะแรกของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องการความผูกพันใกล้ชิด ดังนั้นควรพยาบาลเพียงไม่กี่คนที่ดูแลผู้ป่วยอย่างเนื่อง การมีผู้ดูแลหลายคนเพื่อผลัดเปลี่ยนกัน เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
- 5) เข้าใจความสำคัญของการย่ำหรือการพูดซ้ำให้ผู้ป่วยคิดถึงการก้าวไปข้างหน้า
- 6) ควรจัดให้มีระบบการดูแลจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในคลินิก (Clinical nurse specialist) หรือบุคลากรดูแลด้านสภาพจิตใจ เพื่อประโยชน์ของการมีสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพในระยะยาว

7) ต้องเข้าใจในช่วงระยะเวลา 2-3 ปีแรก ผู้ป่วยยังไม่เป็นตัวของตัวเอง ต้องมีช่วงของการปรับตัวให้กลับมาเป็นตัวของตัวเองให้มากที่สุด

8) ให้เข้าใจว่าแม้เวลาจะผ่านไป ผู้ป่วยอาจมีอาการไม่ดีขึ้น แต่ผู้ป่วยอาจอยู่ในระยะของการปรับตัวที่ต้องการเวลา ดังนั้นจึงไม่ควรตัดสินการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

9) สอนผู้ป่วยถึงการรู้จักและยอมรับตนเองในสภาพปัจจุบัน

10) สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาความต้องการและตั้งเป้าหมายชีวิต

11) ส่งเสริมให้จัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

12) ให้ความรู้ผู้ป่วยในการพิจารณาว่าตนเองจะเป็นผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วย หรือจะเป็นเหยื่อจากการเจ็บป่วยครั้งนี้

13) เมื่อผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพ ให้ผู้ป่วยได้พิจารณาว่าตนเองสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยรายอื่นได้

## 2. แนวคิดผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

### 2.1 อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง

จากสถิติขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2547 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5,712,240 คนต่อปี จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดกว่า 15 ล้านคน และองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2015 คนทั่วโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 6.5 ล้านคน ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองและจำนวนผู้เจ็บป่วยในปี พ.ศ. 2550-2558 เพิ่มขึ้นตามลำดับ อัตราการเสียชีวิต 20.65, 20.78, 21.04, 27.53 30.00, 31.69, 36.13, 38.66 และ 42.62 ต่อประชากร 100,000 คน และจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 12,995, 13,133, 13,353, 17,540, 19,283, 20,378, 23,350 และ 25,114 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ปี พ.ศ. 2553-2555 เป็นอัตรา 50.56, 33.7, 32.17 ต่อประชากรแสนคน มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสะสมในปี พ.ศ. 2553-2555 จำนวน 140,243, 59,490 และ 67,168 รายตามลำดับ

### 2.2 การรอดชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในปัจจุบันเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์ได้พัฒนาเจริญก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น ทำให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้รอดชีวิตได้ โดยทั่วไปผู้ป่วยมักรอดชีวิตหากผ่าน 30 วันแรกหลังปรากฏอาการ และร้อยละ 90 ของผู้รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ (Periard and Ames, 1993) ในส่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตนั้น จะมีความบกพร่องของร่างกายที่แตกต่างกันไป ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ก้าวขาลำบาก พูดลำบาก พูดไม่ได้ กลืนลำบากหรือ

กลิ่นไม่ได้ อัมพาตครึ่งซีก สื่อสารไม่ได้ สับสนและสูญเสียความทรงจำ (Ragsdale et al., 1993) บางรายอาจมีปัญหาด้านระบบประสาทและอวัยวะผิดปกติ มีข้อจำกัดในการสื่อสาร รวมถึงปัญหาด้านการมองเห็น

ข้อมูลสถิติ The Stroke Center at University Hospital พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกร้อยละ 15 เสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น ความเสี่ยงในการเสียชีวิตมีสูงมากในช่วง 30 วันแรกหลังเกิดโรค (Dennis, et al., 1993 cited in Hankey, et al., 2000) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันคิดเป็นร้อยละ 7.6 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกคิดเป็นร้อยละ 37.5 จะเสียชีวิตภายใน 30 วัน การศึกษาในแอฟริกาใต้คาดการณ์ว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองภายใน 28 วันหลังเกิดโรคร้อยละ 33.33 (Bertram et al., 2013)

ในประเทศไทยอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูงใน 1 เดือนแรก อัตรารอดชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (survival rate) ที่ระยะเวลา 6 เดือน จนถึง 24 เดือน มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2555 อัตรารอดชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ระยะเวลา 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในปี 2550 คือ ร้อยละ 82, 78 และ 74 เพิ่มขึ้นในปี 2555 เป็นร้อยละ 88, 84 และ 82 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกปี 2550 คือร้อยละ 56, 54 และ 52 เพิ่มขึ้นในปี 2555 เป็นร้อยละ 62, 60 และ 56 ตามลำดับ (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2557)

### 2.3 ความหมายของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

Cecep Eli Kosasih (2004) ผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน และอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ

Hankey และคณะ (2000) ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีชีวิตรอดมากกว่า 30 วันจนถึง 5 ปีนับจากเริ่มเจ็บป่วย

Salee Chalermwannapong (2009) ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน

Thotsaporn Khampolsiri (2006) ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านภายใน 1 ปีหลังเกิดโรค

ผู้ที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการรุนแรงอาจเสียชีวิตตั้งแต่ในระยะแรก โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในครั้งแรกร้อยละ 8-12 จะเสียชีวิตภายใน 30 วัน นอกจากนั้นยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่รอดชีวิตแต่ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง อาการของผู้ป่วยแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ กระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักจะใช้ระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง ปัญหาที่สำคัญในระยะนี้ได้แก่ อาการหมดสติ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่างๆในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลว ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลา 1-14 วัน

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะนี้อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย หรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตอ่อนปวกเปียก หลังผ่าน 48 ชั่วโมง กล้ามเนื้อที่เป็นอัมพาตจะค่อยๆ แข็งเกร็งขึ้น การดูแลรักษาเน้นการฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

สรุปได้ว่าผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 30 วันนับจากเกิดโรค จำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน

โรคหลอดเลือดสมองเป็นการเจ็บป่วยยาว การฟื้นตัวของระบบประสาทส่วนใหญ่มักฟื้นตัวภายในช่วง 3-6 เดือนแรก และยังมีกรฟื้นฟูด้านความพร้อมของภาษาต่อเนื่องเรื่อยๆจนกระทั่ง 1 ปี (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547) ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้ระยะเวลาในการเรียนรู้และยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นและการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ในช่วง 6 เดือนแรกการยอมรับการเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ (Chiu, S.-Y., Livneh, H., Tsao, L.-L., and Tsai, T.-Y., 2013) ในระยะแรกผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะอยู่ในสถานะที่ไม่สุขสบาย กลัว และมีความหวังกับการรักษา หลังจากการฟื้นฟูร่างกายสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ดีขึ้น ในช่วงเวลา 1.5-2 ปีผู้รอดชีวิตจะเริ่มใช้ชีวิตแบบใหม่ มีประสบการณ์กับการสูญเสีย พยายามเรียนรู้ สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำก่อนเจ็บป่วย สามารถประกอบอาชีพได้ (Carlsson, E., Ehrenberg, A., and Ehnfors, M., 2004; Davis, C. G., Egan, M., Dubouloz, C. J., Kubina, L. A., and Kessler, D., 2013) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะมีมากในระยะแรกของการเจ็บป่วยในช่วง 1-6

เดือนแรก และค่อยๆ ลดลงเมื่อเวลาผ่านไปนานกว่า 2 ปี (กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2554; Robinson, R. G., and Price, T. R., 1982)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต 30 วัน นับจากเกิดโรค ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ที่ยังไม่คงที่จนกระทั่ง 2 ปี พบว่ามีการยอมรับการเจ็บป่วยและปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ระยะเวลา 30 วันถึง 2 ปีหลังเกิดโรค

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว

#### 3.1 ความหมายของการปรับตัว

Roy and Andrews (1991) การปรับตัว หมายถึง การตอบสนองของบุคคลเมื่อเผชิญการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อมของตนเอง เพื่อปรับให้คงภาวะสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ

Lazarus and Folkman (1984) การปรับตัว หมายถึง ผลลัพธ์ของกระบวนการความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคลในการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้า และวางแผนหรือหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด ซึ่งทำให้บุคคลมีความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมต่างๆ ในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งจากบุคคลเอง จากสังคมและจากสิ่งที่เกิดขึ้น

Derogatis (1986) การปรับตัวทางจิตสังคมเป็นความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ทางสังคม

Mishel (1988) การปรับตัว หมายถึง พฤติกรรมทางชีวจิตสังคม (Biopsychosocial Behavior) เป็นผลมาจากการประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นอันตรายหรือโอกาส กำหนดขอบเขตของพฤติกรรมปกติ ส่งผลให้เกิดการปรับตัวสู่ภาวะปกติหรือคงไว้ซึ่งภาวะสมดุล การปรับตัวที่มีความเป็นกลาง (Neural Zone) มีความสำคัญในการจำกัดความเหมาะสมไม่ให้เกิดการกระตุ้นมากเกินไป และแสดงพฤติกรรมเพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายในอนาคต (goal-directed behavior) ให้บุคคลสามารถดำรงไว้ซึ่งสมดุลของร่างกาย

ดังนั้น การปรับตัว หมายถึง พฤติกรรมอันเกิดจากการประเมินตัดสินสถานการณ์ของบุคคล แสดงออกมาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะปกติ

#### 3.2 ทฤษฎีการปรับตัว

##### 3.2.1 แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Roy



ซิสเตอร์ คาลลิสตา รอย (Sister Callista Roy) สร้างกรอบแนวคิดโดยมีพื้นฐานจาก ทฤษฎีระบบ เพื่ออธิบายการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบ ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy มีความเชื่อว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต จะมีการปรับตัวได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของสิ่งที่มากระทบและความสามารถของบุคคลในการปรับตัว โดยระบบการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วย สิ่งที่น่าเข้า กระบวนการควบคุม การปรับตัว และสิ่งนำออก โดยมี รายละเอียด ดังนี้ (Roy and Andrews, 1999 อ้างถึงใน รจน์ เฟ็งแก้ว, 2551)

สิ่งนำเข้า (Input) เป็นสิ่งที่มากระทบและกระตุ้นให้บุคคลมีการตอบสนอง อาจเป็น สิ่งที่เกิดจากภายในตัวบุคคลเองหรือเป็นสิ่งแวดล้อมภายนอก เกี่ยวข้องกับลักษณะของสิ่งเร้าและ ระดับการปรับตัว ดังนี้

### 1) สิ่งเร้า (Stimuli) มี 3ชนิด ได้แก่

- สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) หมายถึง สิ่งที่มีผลกระทบต่อบุคคลโดยตรง และมีความสำคัญที่สุดตามการตระหนักรู้ของบุคคลในขณะนั้น ส่งผลให้ต้องมีการปรับตัวเกิดขึ้น
- สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าอื่น ๆ ที่มีในขณะนั้น มี ผลกระทบกับการปรับตัวโดยทั่วไป อาจส่งผลส่งเสริมหรือขัดขวางความสามารถในการปรับตัว
- สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) หมายถึง ปัจจัยแวดล้อมภายในหรือ ภายนอกบุคคลซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวของบุคคล โดยบุคคลอาจนึกถึงอิทธิพลของสิ่งเร้าแฝงเหล่านี้ เช่น ความเชื่อ เจตคติ และบุคลิกภาพ

### 2) ระดับของการปรับตัว (Adaptation level) มี 3 ระดับ ได้แก่

- การปรับตัวต่อการอยู่ร่วมกันของสิ่งแวดล้อม (Integrated adaptation) เป็นการปรับตัวปกป้องตนเองให้คงไว้ซึ่งความปกติของชีวิตมนุษย์ในสภาพแวดล้อมปกติ
- การปรับตัวเพื่อต่อต้านสิ่งรบกวน (Compensatory adaptation) เมื่อ ร่างกายถูกรบกวนผ่านการป้องกันตนเองตามปกติจึงต้องปรับตัวเพื่อต่อต้านสิ่งรบกวนนั้นออกหรือ แก้ไขอาการรบกวนจากสิ่งเหล่านั้น
- การปรับตัวอยู่ร่วมกับสิ่งรบกวน (Compromised adaptation) เป็นการ ปรับตัวที่ระดับการปรับตัวที่ไม่เพียงพอที่จะไปถึงระดับของการปรับตัวที่ผสมผสานกันได้ดีและระดับ การปรับตัวในการชดเชย จึงทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัวขึ้น

3) กระบวนการควบคุม (Control process or coping process) คือ วิธีการที่ บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง อาจเกิดขึ้นเองหรือเกิดจากการเรียนรู้ ประกอบด้วย 2 ระบบย่อย ดังนี้

- ระบบการควบคุม (Regulator subsystem) เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดรนอัตโนมัติของร่างกายผ่านกระบวนการควบคุมระบบประสาท ต่อมไร้ท่อ การรักษาสมดุลของน้ำ และเกลือแร่ เป็นการปรับตัวที่บุคคลไม่รู้ตัว ส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวด้านร่างกาย เพื่อให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติ

- ระบบการรับรู้ (Cognator subsystem) เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าผ่านการรับรู้ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และอารมณ์ ส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวด้านจิตสังคม

4) การปรับตัว (Adaptive modes) เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบ เป็นกิจกรรมของระบบควบคุมและระบบรับรู้ จำแนกได้เป็น 4 ด้าน คือ การปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน

5) สิ่งนำออก (Output) เป็นสิ่งนำออกจากระบบการปรับตัวของบุคคล เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้า เป็นการกระทำและปฏิกิริยาตอบโต้ทั้งภายในและภายนอก ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตและตรวจสอบได้ อาจเป็น

- การปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ (Adaptive response) เป็นพฤติกรรมปรับตัวที่ดี ส่งเสริมความมั่นคงของบุคคล

- การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective response) เป็นพฤติกรรมที่ยังไม่มีความสมดุลในสถานการณ์ใหม่

สิ่งนำออกของระบบอาจจะป้อนกลับไปเป็นสิ่งนำเข้าระบบเพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่ปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลาต่อไป

### 3.2.2 กรอบแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอธิบายถึงการรับรู้และเข้าใจกระบวนการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากภาวะความเจ็บป่วยของบุคคล การให้ความหมายของเหตุการณ์ความเจ็บป่วย และการสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วย ถ้าบุคคลไม่สามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก็จะเกิดขึ้น ตามทัศนะของ Mishel (1988) แบ่งความรู้สึกไม่แน่นอนออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1 ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (Ambiguity) คือการที่ผู้ป่วยเกิดความสงสัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ไม่ทราบสาเหตุของการเจ็บป่วย

และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น และไม่ทราบแนวทางการรักษา เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์หรือขาดข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่เพียงพอ

2 ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) คือ การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าการรักษามีหลายขั้นตอน และวิธีการรักษามีความยุ่งยากซับซ้อน มีการใช้อุปกรณ์พิเศษในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ยอมมารักษา เพราะไม่แน่ใจว่าวิธีการและขั้นตอนที่ซับซ้อนนี้จะช่วยให้หายจากโรคหรือไม่

3 ด้านความรู้สึกละเอียดอ่อนในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Inconsistency) คือ การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้การประเมินการเจ็บป่วยได้ไม่แน่นอน เกิดความวิตกกังวล ทำให้ความรู้สึกละเอียดอ่อนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

4 ความไม่แน่นอนของการทำนายระยะเวลาและการพยากรณ์โรค (Unpredictability) คือ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องจากความคลุมเครือในความเจ็บป่วยและการรักษา ความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ และความไม่สม่ำเสมอของข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกละเอียดอ่อนในความเจ็บป่วย** คือ แบบแผนของสิ่งกระตุ้น ความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจ และแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือ แบบแผนของสิ่งกระตุ้นจะช่วยให้คุณบุคคลสามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วย ช่วยลดความรู้สึกละเอียดอ่อนในความเจ็บป่วยได้โดยตรง ประกอบด้วย

1. ปัจจัยด้านสิ่งกระตุ้น (Stimuli Frame) หมายถึงรูปแบบ ส่วนประกอบ และโครงสร้างของสิ่งกระตุ้นที่บุคคลรับรู้ โดยสิ่งกระตุ้นนี้คือความเจ็บป่วย หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย

1.1 รูปแบบของอาการแสดงและความรุนแรงของอาการ (Symptom Pattern) ส่งผลต่อระดับของความรู้สึกละเอียดอ่อน เมื่ออาการแสดงที่เกิดขึ้นอย่างไม่สม่ำเสมอเริ่มเกิดความสม่ำเสมอเป็นแบบแผน ส่งผลให้ระดับความรู้สึกละเอียดอ่อนลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งลดความคลุมเครือของโรค (Mishel, 1988) เมื่อเกิดอาการแสดงขึ้นอย่างไม่สม่ำเสมอทั้งความรุนแรง ความถี่ จำนวนครั้ง บริเวณที่เกิด และระยะเวลาที่เกิด ความไม่สม่ำเสมอของอาการทำให้บุคคลไม่สามารถประเมินระยะของโรคได้ ทำให้เกิดความรู้สึกละเอียดอ่อน ลักษณะของความเจ็บป่วยที่มีทั้งช่วงบรรเทาและกำเริบ การกลับเป็นซ้ำและรบกวนแบบการดำเนินของโรคส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของความรู้สึกละเอียดอ่อน (Mishel, 1988)

1.2 ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ (Event Familiarity) ความคุ้นเคยเกิดขึ้นจากแบบแผนการรู้คิดจากประสบการณ์ เหตุการณ์ใหม่จะนำไปสู่การเรียนรู้จดจำเป็นเหตุการณ์ปกติ

ของบุคคล ความคุ้นเคยเป็นเหตุการณ์ที่เป็นปกติวิสัย เกิดขึ้นบ่อยๆจนเป็นความเคยชิน และสามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ใหม่กับเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในอดีต ทำให้เกิดความชัดเจนและสามารถระบุความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ความคุ้นเคยในเหตุการณ์จะช่วยป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผู้ที่เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อนจะรู้สึกคุ้นเคยกับเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมของระบบบริการสุขภาพ และแบบแผนของอาการได้มากกว่าสามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับประสบการณ์เดิม ตัดสินใจให้ความหมายของเหตุการณ์ในการเจ็บป่วยได้

1.3 ความสอดคล้องของเหตุการณ์ (Event Congruence) เป็นความสอดคล้องระหว่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากความเจ็บป่วยและการรักษาที่กำลังประสบอยู่ กับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้ว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ถ้ามีความสอดคล้องกันจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแปลความหมายและเข้าใจเหตุการณ์ที่กำลังประสบอยู่มากขึ้น

2. ปัจจัยด้านความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจ (Cognitive Capacity) เป็นความสามารถของบุคคลในการใช้สติปัญญาและความรู้ที่มีอยู่ในการประเมินเหตุการณ์ แปลข้อมูลที่รับรู้และตัดสินใจ ความสามารถในการใช้สติปัญญานี้เป็นผลมาจากสิ่งกระตุ้น โดยที่จะช่วยให้บุคคลระบุแบบแผนของอาการแสดง สร้างความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ และมีความคาดหวังใกล้เคียงหรือสอดคล้องกับเหตุการณ์จริง

3. ปัจจัยด้านแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน (Structure Providers) ประกอบด้วย

3.1 การศึกษา (Education) มีผลให้บุคคลแปลความหมายของสิ่งกระตุ้นได้ง่ายขึ้น การศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนความเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะเข้าใจข้อมูลและรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ และสื่อต่างๆได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ข้อมูลที่รับรู้ทำให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจชัดเจนยิ่งขึ้น ช่วยให้สามารถทำนายแบบแผนของอาการแสดง มีความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่ประสบอยู่ และความคาดหวังมีความสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

3.2 แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social Support) คือ การรับรู้ของสมาชิกครอบครัว การสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเป็นข้อมูลที่ช่วยให้ความหมายของเหตุการณ์ การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในทางเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลของอิทธิพลทางตรง คือ การแก้ไขปรับปรุงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 3 ด้าน คือ ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้สึกซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล และความไม่แน่นอนของการทำนายระยะเวลาและการพยากรณ์โรค อิทธิพลโดยอ้อมของการสนับสนุนทางสังคม คือ ทำให้แบบแผนของอาการชัดเจนมากขึ้น การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นที่มีความเจ็บป่วยและการรักษาล้ำคลึงกัน นำไปสู่การให้การสนับสนุนแลกเปลี่ยนกันเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย

3.3 ความเชื่อในบุคลการสุภาพ (Credible Authority) หมายถึง ระดับความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ และความศรัทธาของบุคคลที่มีต่อบุคลการสุภาพ ที่มีต่อการรักษา การได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอ ทำให้ยอมรับและเชื่อฟังคำแนะนำต่างๆที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการปฏิบัติตัว การให้ข้อมูลของบุคลการสุภาพช่วยลดความคลุมเครือและช่วยให้มองเห็นสถานการณ์ได้ดีขึ้น

**การประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย** (Appraisal) เป็นกระบวนการประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ประกอบด้วย 2 กระบวนการ คือ การลงความเห็น (Inference) และการสร้างความเชื่อใหม่ (Illusion) การประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมี 2 แบบ คือ การประเมินตัดสินว่าเป็นโอกาส (Opportunity) มีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดี ทำให้เกิดความหวัง ความเชื่อมั่น ความกระตือรือร้น และการมีขวัญกำลังใจดีขึ้น การประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย (Danger) มีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ร้าย ความเครียด ความวิตกกังวล เกิดภาวะซึมเศร้า และการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ (Mishel, 1988)

**การเผชิญความเครียดและการปรับตัว** (Coping and Adaptation) Mishel ใช้กรอบแนวคิดของ Lazarus ที่เชื่อว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียด โดยให้ความหมายการเผชิญความเครียดว่า เป็นความพยายามทั้งการกระทำและความคิดที่จะจัดการกับความเครียด ซึ่งความพยายามนี้ต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่เกินกว่าปกติ การเผชิญความเครียดนี้เป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดใน 2 รูปแบบ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) และการมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) ซึ่งจะมุ่งแก้ปัญหาหรือมุ่งจัดการกับอารมณ์ เมื่อวิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีประสิทธิภาพเพียงพอ ส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวได้โดยรูปแบบที่เหมาะสม มีพฤติกรรมที่เหมาะสมตามปกติของบุคคลนั้น (Mishel, 1988) การปรับตัวจึงเป็นพฤติกรรมทางจิตสังคมในขั้นสุดท้ายที่บรรลุความสมดุลหลังจากเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยการปรับตัวนี้ขึ้นอยู่กับขอบเขตจำกัดของแต่ละบุคคล ถ้าขอบเขตที่มีอยู่เพียงพอทำให้บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมาย คือ ความสมดุล ก่อให้เกิดการปรับตัวที่ดี ถ้าขอบเขตจำกัดของบุคคลไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในบุคคลส่งผลทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ โดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมทั้งด้านร่างกาย จิต และสังคม (Mishel, 1990)

ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประสบกับปัญหาการปรับตัวด้านร่างกาย จิตใจ สังคม บทบาทหน้าที่ และด้านเพศ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนจากการกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรค อาการของโรคที่เปลี่ยนแปลงได้ไม่แน่นอน การฟื้นฟูสภาพที่ไม่สามารถกำหนดได้ชัดเจน (Burton, 2000; White, Barrientos and Dunn, 2014) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ

ปรับตัวของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

### 3.3 การปรับตัวตามแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel

การปรับตัวตามแนวคิดของ Mishel (Mishel, 1988) เป็นกระบวนการทางจิตสังคมขั้นสุดท้ายที่บรรลุลักษณะสมดุลหลังจากการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งการปรับตัวเป็นกระบวนการทางจิตที่บุคคลใช้เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆได้ โดยที่บุคคลเป็นระบบเปิดมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมโดยอยู่ภายใต้อิทธิพลของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในระบบ เกิดการประเมินซ้ำ และการปรับตัวยังอยู่ในขอบเขตจำกัดของแต่ละบุคคล ถ้าขอบเขตที่มีอยู่เพียงพอสามารถทำให้บุคคลบรรลุเป้าหมายในการปรับตัว สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วยและความรู้สึกไม่แน่นอนนี้ได้ เกิดการปรับตัวที่เหมาะสม โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถขัดขวางความรู้สึกไม่แน่นอนในความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ และขัดขวางการสร้างสมดุล ซึ่งแสดงออกมาในการปรับตัว 3 ด้านคือ กาย จิต สังคม (Mishel, 1988, 1990)

ความรู้สึกไม่แน่นอนที่นำไปสู่มุมมองใหม่ของชีวิตขึ้นอยู่กับขีดจำกัดสูงสุดของบุคคลและระยะเวลา ซึ่งมีความแตกต่างในแต่ละบุคคลและสถานการณ์ มุมมองใหม่ในชีวิตนี้พัฒนาจากการมีปฏิสัมพันธ์และการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ในการก่อรูปมุมมองชีวิตใหม่ผู้ป่วยจะพยายามรวบรวมประสบการณ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเรื้อรังเข้าไปในโครงสร้างภายในของตนเองเป็นกระบวนการที่ค่อยเป็นค่อยไป มีการประเมินซ้ำจากครั้งแรกที่ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นอันตรายหรือโอกาส ด้วยการผสมกลมกลืนและสอดคล้องกันจนกระทั่งรูปแบบการรับรู้เปลี่ยนแปลง ดังนั้นรูปแบบความจริงและรูปแบบการรับรู้บรรลุความสอดคล้องกัน ความสำเร็จจะรวบรวมเข้าไปในมุมมองของตนเองและโลก กระบวนการนี้เป็นกระบวนการทางธรรมชาติที่อาจถูกชะลอหรือขัดขวางได้ ในขณะที่แหล่งสนับสนุนทางสังคมสามารถทำให้กระบวนการนี้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย Mishel เป็นแนวทางในการศึกษา ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้อธิบายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ ความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เป็นจริง การศึกษา ความเชื่อในบุคลากรสุขภาพ และความสามารถในการรู้คิด รวมถึงการปรับตัว ใน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวทั้งหมด 5 ปัจจัย คือ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด เนื่องจากผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับความพร่องความสามารถต่างๆ ทำให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต้องมีการปรับตัว

### 3.4 ปัญหาการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาการปรับตัวหลายด้าน ดังนี้

**ด้านร่างกาย** พยาธิสภาพที่สมองส่งผลให้เกิดความพร่องในการกำหนดรู้ การควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ความพร่องในการติดต่อสื่อสาร ความพร่องของระบบประสาทสั่งการ ความพร่องของประสาทสัมผัส ความพร่องในเรื่องการกลืนอาหาร ความพร่องของการควบคุมการขับถ่าย (Nys et al., 2007; กฤษณา พิวเวช, 2552; รจน์ เฟิงแก้ว, 2551)

**ด้านจิตใจ** ในระยะเฉียบพลันผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเสียใจ ตกใจ กลัว (กวิทร์นาฏ บุญชู, 2554) ทรมาน หงุดหงิด รวมถึงรำคาญที่ทำอะไรไม่ถนัด สูญเสียความเป็นตัวเอง วิตกกังวล เครียด อยากตาย (รจน์ เฟิงแก้ว, 2551) เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ ท้อแท้ สิ้นหวัง อาย สูญเสียความพึงพอใจในตนเอง ไม่มั่นใจ ไม่มั่นคงในตนเอง วิตกกังวล (วรลักษณ์ ทองใบปราสาท 2550) และอารมณ์เศร้า พบบ่อยที่สุดถึงร้อยละ 40 อาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่นานและพยาธิสภาพในสมองทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเบื่อหน่าย ผิดหวัง แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เบื่อกิจกรรมทุกอย่าง ซึมเศร้า ท้อแท้ อยากตาย ผู้ป่วยมักคิดว่าตนเองไม่มีโอกาส ไม่มีความหวังอีกต่อไปอยู่ไปก็เป็นภาระของครอบครัว ทำให้ทุกคนลำบาก รู้สึกตนเองไม่มีค่า และมีความผิดที่เป็นแบบนี้ (กองพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย, 2554)

**ด้านสังคม** ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมต่อต้าน มักจะปฏิเสธการดูแลจากคนอื่น ไม่ยอมให้ช่วยเหลือ กินยาหรือฉีดยา มีพฤติกรรมถดถอย อ่อน เรียกร้องความช่วยเหลือทั้งๆที่ตนเองทำได้ ก้าวร้าว ควบคุมตัวเองไม่ได้ เอาแต่ใจ เรียกร้องให้ได้ดังใจ ก้าวร้าวต่อผู้รักษาหรือญาติพี่น้องไม่กล้าทำงาน ไม่กล้าเดินทาง ไม่กล้าไปไหนคนเดียว บางคนไม่ยอมตกอยู่ในสภาพเจ็บป่วยเลยหลีกเลี่ยงไม่มาพบแพทย์ตามนัด ไม่ยอมกินยาตามกำหนด (กองพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย, 2554) และพบความเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพของเพื่อน ขาดสังคมที่เคยมี (กวิทร์นาฏ บุญชู, 2554; รจน์ เฟิงแก้ว, 2551)

**ด้านบทบาทหน้าที่** กระทบต่อครอบครัวและสังคมการทำหน้าที่ในครอบครัวลดลงมีความต้องการการพึ่งพาระหว่างกัน (Davis et al., 2013; วรลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2550) เกิดผลกระทบกับการประกอบอาชีพ โอกาสเข้าร่วมสังคมและการเข้าถึงการติดต่อสื่อสารต่างๆ รู้สึก

เหมือนต้องติดอยู่แต่ในบ้าน ทางเลือกในอาชีพมีน้อย (Williams and Murray, 2013) สูญเสียอาชีพขาดรายได้ (กวิทร์นาฏ บุญชู, 2554; รจน์ เฟิงแก้ว, 2551)

**ด้านเพศ** เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (กองพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย, 2554) หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความถี่ของการร่วมเพศลดลง ครึ่งหนึ่งไม่มีการร่วมเพศในระหว่างที่ยังมีการตรวจรักษาเพิ่มเติมมีเพียง 15% ที่ยังคงมีเพศสัมพันธ์ (Sjögren and Fugl-Meyer, 1982)

จากปัญหาการปรับตัวที่เกิดขึ้น หากผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปรับตัวได้ดี โดยการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ยอมรับการเจ็บป่วย พยายามช่วยเหลือตนเอง ดูแลสุขภาพของตนเอง ป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุ รับประทานยาและไปพบแพทย์ มีการปรับบทบาทในการดำรงชีวิต ปรับแบบแผนการใช้จ่าย ปรับตัวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพ (วรลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2550)

แต่หากผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถยอมรับสภาพความเจ็บป่วยได้ มีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย และการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ไม่เหมือนปกติ มีความรู้สึกอายและรู้สึกไม่ดีเกี่ยวกับร่างกายตนเอง (รจน์ เฟิงแก้ว, 2551; วรลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2550) ส่งผลให้การปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ (วรลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2550) รบกวนต่อการรักษาและฟื้นฟูบำบัดทางกาย ผู้ดูแลเหนื่อยมากขึ้น ผู้ป่วยมีอัตราตายสูง (กองพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2554)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

กวิทร์นาฏ บุญชู (2554) ศึกษาประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ระยะเฉียบพลัน จำนวน 10 ราย เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการจดบันทึกภาคสนาม ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ระยะเฉียบพลันแบ่งได้เป็น 3 ประเด็นหลักคือ ความรู้สึกต่อการเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ระยะเฉียบพลัน มีความรู้สึกเสียใจ ตกใจ ใจหาย ความกลัว และความรู้สึกอยากตาย ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ระยะเฉียบพลันคือ การไม่มีสังคม การขาดรายได้ และความลำบากของครอบครัว และการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ระยะเฉียบพลัน คือ การสร้างกำลังใจ การทำใจ และปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟู

กาญจนา ศิริวรราชัย (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวัง กับการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 ราย วัดตัวแปรต่างๆด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามความหวัง และแบบสอบถามการปรับตัว ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวและความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้



ยังพบอีกว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความหวัง และระดับการศึกษา สามารถอธิบายความแปรปรวน การปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 61

รจัน เพ็งแก้ว (2551) ศึกษาการปรับตัวในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ราย รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามประสบการณ์ของตนเอง และข้อมูลที่ได้จากบุคลากรสุขภาพและครอบครัวในเรื่องราวที่เป็นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความเข้าใจและความรู้สึกต่อโรคที่เป็น ผลจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป รบกวนการทำงานในหน้าที่ สูญเสียความจำ และเกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว วิธีการและสิ่งที่ปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพ คือ การเคลื่อนไหวร่างกายที่อ่อนแรง พยายามช่วยเหลือตัวเอง จัดทำหรือหาอุปกรณ์ช่วยเหลือ การรักษาของแพทย์ทางเลือกหรือแผนไทย การเลือกอาหารที่รับประทาน ป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุหกล้ม และการทำใจยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผู้ป่วยมีสิ่งที่เป็นปัจจัยที่ทำให้ฟื้นฟูสภาพคือ กำลังใจ บุญความดีที่ทำไว้ในอดีต ความหวัง การคิดและมองโลกในแง่ดี การช่วยเหลือจากคนในครอบครัวและสังคม และการมีเหตุผลเฉพาะทำให้มุ่งมั่นที่จะฟื้นฟูสภาพ อุปสรรคของการฟื้นฟูสภาพคือ การปฏิบัติกิจกรรมที่เกินขีดความพร้อมของตนเอง อุปสรรคด้านความคิดความรู้สึก คือความรู้สึกท้อ ความขี้เกียจ และความเครียด ในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย ลักษณะและกระบวนการฟื้นฟูสภาพ การยืนยันจากบุคลากรสุขภาพและคำพูดของครอบครัว ระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพมีความแตกต่างกันในแต่ละราย ความรู้สึกต่อการฟื้นฟูสภาพของตนเองคือ ผู้ป่วยยังต้องการให้การฟื้นฟูสภาพของตนเองมากขึ้นอีก แต่การฟื้นฟูสภาพเท่าที่เป็นอยู่ก็เป็นเรื่องน่ายินดี

วรลักษณ์ ทองใบปราสาท (2550) ศึกษาประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ราย รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความหมายโรคหลอดเลือดสมองเป็นลักษณะของโรคเรื้อรังเรื้อรัง เป็นโรคที่สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย และเป็นโรคที่ต้องการผู้ดูแล ประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 4 ประเด็นคือ ประเด็นผลกระทบต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีกาทำหน้าที่ของร่างกายลดลง การสูญเสียภาพลักษณ์ การทำหน้าที่ในครอบครัวลดลง และความต้องการการพึ่งพาระหว่างกัน ประเด็นวิธีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ การปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสภาพร่างกาย การดำรงชีพอย่างประหยัดเพื่อลดภาระครอบครัว และพยายามช่วยเหลือตนเองเพื่อลดการพึ่งพาคนในครอบครัว ประเด็นผลการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยแบ่งเป็น การยอมรับสภาพการเจ็บป่วย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วย

ตนเอง ดำรงบทบาทผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพ และการไม่ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยในการสูญเสียภาพลักษณ์ รู้สึกอายเป็นจุดสนใจ ไม่กล้าพบปะผู้คนและวิตกกังวล และประเด็นปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัวคือ การดูแลเอาใจใส่ ความเอื้ออาทรจากครอบครัว และความหวังของตนเอง ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค คือ ประสบการณ์ด้านลบเกี่ยวกับโรค ที่มีความรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงรูปลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำใจยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนคนอื่น

สุชาติ กาสิวงศ์ (2545) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นสตรีมาเป็นระยะเวลา 3 เดือน ถึง 3 ปี จำนวน 27 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยสตรี โดยวิธีการสัมภาษณ์ที่บ้านร่วมกับใช้เทปบันทึกเสียงผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสตรีที่มีพฤติกรรมปรับตัวที่มีประสิทธิภาพเป็นส่วนใหญ่ โดยมีพฤติกรรมที่แสดงออก คือ แข็งแรงดี ไม่เหนื่อยอ่อนเพลีย มีแบบแผนการรับประทานอาหารเหมาะสม มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยญาติช่วยเล็กน้อย มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีการนอนหลับ พักผ่อนได้ อุดจาระ ปัสสาวะเป็นปกติ ไม่มีการบวมหรือขาดน้ำ รับความรู้สึกได้ มีสติดี ไม่มีสับสน ไม่ท้อแท้ หรือหมดกำลังใจ ไม่รู้สึกผิดที่เป็นภาระ รู้ว่าตนเองยังมีคุณค่า สามารถดำรงบทบาทของตนในครอบครัวได้ มีแบบแผนการให้และรับความช่วยเหลือเหมาะสม ส่วนพฤติกรรมด้านอัตมโนทัศน์ ความมั่นคงในตนเองมีพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยมีพฤติกรรมที่แสดงออก คือ มีความรู้สึกสูญเสียความแข็งแรงของร่างกายและสูญเสียภาพลักษณ์ มีความรู้สึกไม่แน่นอน วิตกกังวล กลัวซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย และไม่สามารถดำรงบทบาทในสังคมได้ มีความสามารถในการทำงานลดลง

Grass and Lawhorn (1991) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเครื่องมือ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 98 ราย ระยะเวลาหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองภายใน 2.5 ปี ผลการศึกษาพบว่า กรณีคะแนน MMPI อยู่ในระดับสูง ปัญหาที่พบได้บ่อยในกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความกังวล หมดอาลัยตายอยาก การปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ การควบคุมอารมณ์และสิ่งกระตุ้นได้น้อยลง

Davis และคณะ (2013) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการยอมรับความพร้อมความสามารถของตนเอง การกลับมาประกอบอาชีพ และการมีสุขภาพ โดยให้ประเมินตั้งแต่ช่วงเวลาก่อนเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและหลังเจ็บป่วยจนกระทั่งเวลา 24 เดือนหลังเกิดโรค จำนวน 67 ราย ผลการศึกษาพบว่า การกลับไปประกอบอาชีพมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆจากก่อนเจ็บป่วย มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนในด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และด้านสรีระ

ผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 45% ต้องหยุดทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 กิจกรรมที่ระยะเวลา 18 เดือนหลังเกิดโรค ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมบางอย่างที่มีตนเองรู้สึกว่ามีคุณค่า ทำให้มีความรู้สึกที่สามารถควบคุมกิจกรรมต่างๆได้กลับคืนมาเหมือนช่วงก่อนเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามกิจกรรมที่ไม่สามารถกลับไปทำได้หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองก็ยังสร้างความทุกข์ใจให้พวกเขาอยู่ ในที่สุดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะสามารถคงไว้ซึ่งการทำกิจกรรมที่มีคุณค่าของตนเองโดยการปรับตัวของพวกเขา และคงไว้ซึ่งชีวิตที่น่าพึงพอใจและมีความหมาย

Rochette และคณะ (2006) ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 10 ราย ผลการศึกษาสรุปข้อมูลที่สัมพันธ์กับด้านการให้คุณค่า 7 หัวข้อ คือ ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ถูกคุกคาม ไม่สามารถต้านทานได้ ไม่สามารถควบคุมได้ เป็นจุดเปลี่ยนของชีวิต และยอมรับหรือทนรับสภาพ ความคาดหวังในอนาคต ด้านการปรับตัวคือ ปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ หาแหล่งที่พึ่งทางใจ หนีจากสิ่งที่เผชิญอยู่ การรับรู้กับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และการเข้าถึงแหล่งประโยชน์

Williams and Murray (2013) ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการปรับตัวด้านการประกอบอาชีพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีผู้เข้าร่วมการศึกษา 5 ราย ระยะเวลาหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปี 5 เดือน ถึง 14 ปี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบหัวข้อหลัก 3 หัวข้อคือ มีผลกระทบกับทุกอย่างในชีวิต ทั้งชีวิตเปลี่ยนแปลงไป และชีวิตต้องดำเนินต่อไปโดยทำให้ดีที่สุด ในหัวข้อทั้งชีวิตเปลี่ยนแปลงไป มีหัวข้อย่อยอีก 3 หัวข้อคือ ตระหนักและหวาดกลัว ต้องแก้ปัญหา และปรับตัวกับข้อจำกัดที่มี

### 3.5 การประเมินการปรับตัว

3.5.1 แบบประเมินการปรับตัวทางจิตสังคมต่อการเจ็บป่วย (Psychosocial Adjustment to Illness Scale: PAIS) สร้างขึ้นโดย Derogatis (1986) แบบสอบถามมีจำนวน 45 ข้อ แบ่งการปรับตัวเป็น 7 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพ ด้านอาชีพการงาน ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธ์ทางเพศ ด้านสัมพันธ์กับญาติที่อยู่ห่างกัน ด้านสภาพแวดล้อมในสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางใจ การให้คะแนนเป็นแบบลิเคิร์ท คิดคะแนนทุกข้อรวมกันอยู่ระหว่าง 0-135 คะแนน การแปลผลคะแนนโดย คะแนนรวมต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มในแต่ละด้าน หมายถึง มีการปรับตัวได้เหมาะสม คะแนนรวมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มในแต่ละด้านหมายถึง มีการปรับตัวได้ไม่เหมาะสม

Marrow, Chiarello and Derogatis (1978) ได้ทำการหาคุณภาพของเครื่องมือหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีหาความเชื่อมั่นของการสังเกต (Interrater reliability) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคฮอดกินส์ (Hodkin's disease) จำนวน 37 ราย ใช้ผู้ร่วมสังเกตจำนวน 6 คน ประกอบด้วย

แพทย์ 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ 2 คน นักศึกษาแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน โดยให้ 1 ใน 6 เป็นผู้สัมภาษณ์ สมาชิกที่เหลือ 1 ใน 5 เป็นผู้ร่วมสังเกตและให้คะแนน หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยรวมได้เท่ากับ 0.83 และรายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.33-0.82 ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยการหาความตรงเชิงโครงสร้างและความตรงตามเกณฑ์ในกลุ่มผู้ป่วยเดิมจำนวน 37 ราย และญาติที่ดูแลผู้ป่วยฮอตกินส์ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยกลุ่มเดิมจำนวน 38 ราย รวมเป็น 75 ราย หาค่าความสัมพันธ์ในแต่ละด้านได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.01-0.33 แสดงว่าเนื้อหาในแต่ละด้านไม่มีความสัมพันธ์กัน ในแต่ละด้านยกเว้นด้านอาชีพการงานและด้านสัมพันธ์ภาพกับญาติที่อยู่ห่างกัน ยังมีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย และนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามการปรับตัวแต่ละด้านไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานชนิดอื่น (อ้างถึงใน มุกดา คุณาวุฒินัน, 2535)

ในประเทศไทย มุกดา คุณาวุฒินัน (2535) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ หลังการปรับแก้ได้ตัดด้านความสัมพันธ์ทางเพศออกจำนวน 6 ข้อ เพื่อความเหมาะสม เหลือข้อคำถามจำนวน 39 ข้อ นำไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในผู้ป่วยจอบประสาทตาลอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาโดยรวมเท่ากับ 0.90 และหาค่าซ้ำในหารเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครั้งแรกเท่ากับ .86 และ .93 ในการเก็บข้อมูลครั้งหลังต่อมา และมีการนำแบบประเมินมาดัดแปลงและใช้ในอีกหลายการศึกษา ได้แก่

จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ได้นำเครื่องมือมาใช้และปรับแก้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยตัดข้อคำถามสัมพันธ์ภาพกับญาติที่อยู่ห่างไกลและด้านสภาพแวดล้อมในบ้านออก เหลือข้อคำถาม 33 ข้อ นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .87 จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ดัดแปลงนำมาใช้ในการศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 90 ราย หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 สิริลักษณ์ วรรณระพงษ์ (2539) นำมาใช้ศึกษาวิธีการปรับแก้และการปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินในผู้ป่วยจำนวน 20 ราย หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.85 อ้อมใจ สิทธิจำลอง (2542) ดัดแปลงและนำไปใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .85 สุมาพร บรรณสาร (2545) นำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจำนวน 80 ราย หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89 สุมาภรณ์ สังขมรรทร (2549) ดัดแปลงโดยตัดข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกับกลุ่ม

ตัวอย่างและซ้ำซ้อนออกเหลือข้อความจำนวน 33 ข้อ นำไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำนวน 140 ราย หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91

3.5.2 แบบสอบถามการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองสร้างขึ้นโดย กาญจนา ศิริวรราชัย (2536) สร้างขึ้นตามแนวความคิดการปรับตัวของ Roy ประกอบด้วยพฤติกรรมปรับตัว 4 ด้าน คือ ด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาผู้อื่น มีข้อความจำนวน 45 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับ คำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ผลคะแนนอยู่ในช่วง 45-180 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง การปรับตัวดี และคะแนนต่ำ หมายถึง การปรับตัวไม่ดี ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .85

3.5.3 แบบวัดพฤติกรรมปรับตัวของผู้ป่วยสโตรค สร้างขึ้นโดย ยูพาพร โอฬาริกพันธ์ (2541) ตามกรอบแนวคิดการปรับตัวของ Roy and Andrew (1991) มีข้อความจำนวน 54 ข้อ ประกอบด้วย การปรับตัวด้านร่างกายจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ด้านอัตมโนทัศน์ 17 ข้อ ด้านบทบาทหน้าที่ 9 ข้อ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วยสโตรคได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .76

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการปรับตัวนั้น Mishel ไม่ได้สร้างไว้ ในหลายการศึกษาได้นำแบบสอบถามการปรับตัวทางจิตสังคมต่อความเจ็บป่วยของ Derogatis (1986) ซึ่งประเมินการปรับตัวครอบคลุมทั้งด้านร่างกายพิจารณาจากภาวะสุขภาพ ด้านจิตใจพิจารณารวมถึงเจตคติ ความรู้สึก อารมณ์ ความไม่สุขสบายทางใจ ด้านสังคมพิจารณารวมถึงแรงผลักดันทางสังคมและสัมพันธภาพของสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมปรับตัว ได้แก่ อาชีพการงาน สภาพแวดล้อมในบ้าน สภาพแวดล้อมในสังคม สัมพันธภาพทางเพศ สัมพันธภาพกับญาติ สอดคล้องกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้วิจัยจึงเลือกแบบสอบถามการรับทางจิตสังคมต่อความเจ็บป่วยของ Derogatis (1986) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

#### 4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel ผู้วิจัยคัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการรู้คิด

##### 4.1 การสนับสนุนทางสังคม

###### 4.1.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ว่าคุณเองมีคนที่กำลังใจ การได้รับความรัก การยอมรับจากสังคม ทำให้ตนเองเกิดการรับรู้ รู้สึกมีคุณค่า มีการรับรู้ว่าคุณเองคือส่วนหนึ่งของสังคม แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและมีคุณค่า และการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

House (1981) การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและการให้ความเชื่อถือว่าไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นถึงความมีคุณค่าและการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัตถุสิ่งของหรือบริการต่างๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Schaefer และคณะ (1981) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งประคับประคองทางจิตใจของบุคคลในสังคมเมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิต

Norbeck (1982) การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลงจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง สามารถป้องกันการเกิดโรคและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

Jacobson (1986) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุ และได้รับความรู้ความเข้าใจ ทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจในการจัดการกับปัญหาและการรับรู้ว่าคุณเองมีคุณค่า แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านความรู้คิด การสนับสนุนด้านวัตถุ

การเข้าถึงแหล่งประโยชน์มีความสัมพันธ์กับกระบวนการปรับตัว (Rochette et al., 2006) การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลง เผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(Norbeck, 1982) บุคคลที่ได้รับการยอมรับสนับสนุนจากคู่สมรสและบุคคลในครอบครัว จะมีสัมพันธภาพและบทบาทในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ และการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยมีประสิทธิภาพ (Primomo et al., 1990)

#### 4.1.2 ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัว

Mishel (1990) อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวภายใต้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ดังนี้

**ผลทางตรง** แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความรู้สึกไม่สามารถควบคุมสถานการณ์และลดความรู้สึกซับซ้อนในการรักษา ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยลดลง และลดปฏิกิริยาของการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนไม่สามารถรุกรานไปยังด้านอื่นๆของบุคคลในการดำเนินชีวิต ดังนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนจึงไม่สามารถขัดขวางรูปแบบการดำเนินชีวิตส่งผลให้สามารถคงภาวะสมดุลไว้ได้ หากว่าความรู้สึกไม่แน่นอนที่มีอยู่ในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานไม่ลดลง ปฏิกิริยาในระบบจะเพิ่มขึ้นโดยปฏิกิริยาตอบกลับในตัวเอง ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยนั้นเพิ่มขึ้น และมีการขยายไปยังส่วนอื่นๆภายในบุคคล เกินขอบเขตจำกัดของบุคคล ส่งผลให้บุคคลไม่สามารถคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลได้ บุคคลไม่สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

**ผลทางอ้อม** แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยในการปรับเปลี่ยนมุมมองความจริงในชีวิตในการดำเนินชีวิตร่วมกับโรคและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เนื่องจากความรู้สึกไม่แน่นอนที่อยู่ภายในบุคคลสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคลไปสู่ช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต จากมุมมองใหม่ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ที่มีความซับซ้อนมากกว่า นำไปสู่การปรับตัวในการดำรงชีวิตร่วมกับการเจ็บป่วยร่วมกับความรู้สึกไม่แน่นอน โดยที่มุมมองชีวิตใหม่นี้จะสามารถพัฒนามาจากการแลกเปลี่ยนและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมภายนอกที่มีอิทธิพลในการก่อรูปการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ที่ต้องดำเนินชีวิตกับความเจ็บป่วยและความไม่มั่นคงแน่นอน ในภาวะปกติบุคคลจะรวบรวมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ตนเองประสบเข้าไปในโครงสร้างภายในบุคคล แล้วจึงพยายามรวบรวมให้เป็นหนึ่งเดียวกันและทำการประเมินใหม่ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้จะมีการดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไปจนกระทั่งผสมกลมกลืนเป็นหนึ่งเดียว กระบวนการนี้จะไม่ประสบความสำเร็จได้ถ้าบุคคลตามแนวคิด Mechanism Paradigm ที่ความรู้สึกไม่แน่นอนต้องได้รับการจัดไปอย่างเด็ดขาด แต่สามารถได้รับการส่งเสริมในบุคคลที่มีมุมมองความจริงในแนวคิดความน่าจะเป็น (Probabilistic and Condition Paradigm) ที่ยอมรับว่าความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นความจริงตามธรรมชาติ เป็นท่วงทำนองธรรมชาติในการดำเนินของโรค และสามารถยอมรับความรู้สึกไม่แน่นอนได้ จะละทิ้งความต้องการ

คาดการณ์ได้อย่างแน่นอน ทำให้พบทางเลือกที่มีทางเป็นไปได้หลากหลาย โดยที่การสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงผลักดันให้เกิดการพัฒนาการของมุมมองของบุคคลต่อความจริงว่า ความรู้สึกไม่แน่นอน เป็นสิ่งที่มีอยู่ตามธรรมชาติและการดำเนินชีวิตไม่สามารถกำหนดได้อย่างเที่ยงตรงและแม่นยำ

### 4.1.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

4.1.3.1 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire: PRQ 85- Part II) ของ Brandt and Winert (1985) Brandt and Winert พัฒนาเครื่องมือขึ้นเพื่อวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) ที่วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ 5 ด้านคือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสังคมศาสตร์จำนวน 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตามโครงสร้างโดย Winert and Tilden นำไปใช้ในผู้ใหญ่วัยกลางคนอายุ 40-70 ปี สุขภาพดีเพศหญิงจำนวน 16 คน ชาย 33 คน วัดการสนับสนุนทางสังคมด้วย PRQ 85: Part II และ Cost and Reciprocity Index (CRI) นำคะแนนที่ได้จากเครื่องมือทั้งสองไปหาความสัมพันธ์กับแบบวัดการรับรู้ผลกระทบของการสนับสนุนทางสังคม (Profile of Mood State) ของ McNett และคณะ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค PRQ85: Part II กับ .91 และของ CRI เท่ากับ .91 เช่นเดียวกัน ได้แบบสอบถามจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย ด้านความรักใคร่ผูกพัน จำนวน 5 ข้อ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จำนวน 5 ข้อ ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น จำนวน 5 ข้อ และด้านการได้รับความช่วยเหลือต่างๆ จำนวน 5 ข้อ นำไปวัดความคงที่ภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .85-.93

4.1.3.2 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก สายนาท พลไซโย (2543) แปลและดัดแปลงจากแนวคิดเกี่ยวกับชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของแนวคิดของ House (1981) เพื่อประเมินการสนับสนุนช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองได้รับทั้ง 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินเปรียบเทียบ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน หาความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 รายและ 130 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 และ .88 ตามลำดับ

4.1.3.3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมส่วนที่สอง (Support Questionnaire: SSQ Part II) ของ Kanner, Coyne, Shaefer and Lazarus (1981) ใช้ประเมิน



ชนิดการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้านคือ ด้านข้อมูลคำแนะนำ ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของและบริการ มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ หาค่าความเที่ยงโดยวัดความสอดคล้องภายในด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .81, .95 และ.31 ตามลำดับ และใช้วิธีทดสอบซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มเดิมโดยห่างกัน 9 เดือน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาด้านอารมณ์เท่ากับ .66 และด้านสิ่งของเท่ากับ .56 ประเมินความตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) โดย Norbeck, Lindsay และ Carrieri (1981) ได้นำไปเปรียบเทียบกับแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ Beck พบว่ามีความสัมพันธ์ในขนาดปานกลางระหว่างด้านข้อมูลและด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ หลังจากนั้น Norbeck and Tilden (1983) ได้เพิ่มข้อความการสนับสนุนด้านสิ่งของและหาความเที่ยงของเครื่องมือ นำไปใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ หาค่าความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .89

4.1.3.4 The ENRICH Social Support Questionnaire (ESSI) แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตจะกุล (2549) มีข้อคำถาม 7 ข้อ ประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ (Emotional) การให้ข้อมูล (Information) เครื่องมือ (Instrumental) และการประเมิน (Appraisal) ข้อคำถามข้อที่ 1-6 ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย ถึง 5 คะแนน หมายถึงตลอดเวลา ค่าคะแนนเฉลี่ยน้อย แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยคะแนนเฉลี่ยมาก แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมมาก ข้อที่ 7 เป็นแบบเลือกตอบ ใช่และไม่ใช่ โดยไม่นำมาคิดคะแนน นำไปใช้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 526 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .875 พวงผกา กริทอง (2550) นำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายจำนวน 422 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .86 พรพิมล อ่ำพิจิตร (2552) นำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 140 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .90 ณนธิยา คารมณ (2555) นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 150 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .86

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The ENRICH Social Support Questionnaire) เนื่องจากแบบสอบถามมีกระชับและเหมาะสมกับการใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

## 4.2 การเผชิญความเครียด

### 4.2.1 ความหมายของการเผชิญความเครียด

Lazarus and Folkman (1984) การเผชิญความเครียด (Coping) หมายถึง ความพยายามด้านความรู้ความเข้าใจ รวมถึงการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล เพื่อจัดการกับความเครียด ความต้องการหรือข้อเรียกร้องภายในและภายนอกที่มีมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามด้านความคิดและพฤติกรรม

ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในการจัดการกับความต้องการภายในและภายนอก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วย เนื่องจากความพยายามในการเผชิญความเครียดของบุคคลเป็นสิ่งที่สำคัญ ในการช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการปรับตัวด้านบวก

เนื่องจาก Mishel ใช้แนวคิดของ Lazarus and Folkman เป็นพื้นฐานในการสร้างทฤษฎี จึงมีความเชื่อว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและใช้วิธีการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman เป็นแนวทางในการอธิบายเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดของบุคคลที่ต้องเผชิญเมื่อต้องเผชิญความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาโดยใช้การเผชิญปัญหา 2 รูปแบบ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-Focus Coping) และการมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional-Focus Coping) ผลของการเผชิญความเครียดทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวเพื่ออยู่กับความเจ็บป่วยของตนเองได้

#### 4.2.2 การเผชิญความเครียดของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสร้างผลกระทบต่อผู้รอดชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้เกิดความเครียดขึ้นในผู้ป่วย เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังอาจเกิดปัญหาขึ้นได้ตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องใช้กลยุทธ์หลากหลายในการเผชิญความเครียด Rochette, A. and Desrosiers, J., 2002; รุ่งนภา เตชะกิจโกศล, 2552) และสิ่งที่สำคัญที่สุดในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือความสามารถในการเผชิญปัญหา (Burton, 2000)

ปราณี มิ่งขวัญ (2542) ศึกษาในระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพในระยะแรกและระยะหลัง และเปรียบเทียบระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพแรกและระยะหลัง จำนวน 50 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียด และแบบวัดการเผชิญความเครียด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะหลังอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยความเครียดไม่แตกต่างกัน ทั้งสองกลุ่มมีการใช้การเผชิญความเครียดทุกแบบ แบบที่ใช้มากที่สุดคือ การจัดการกับปัญหาทางอ้อม และการใช้วิธีการเผชิญความเครียดระหว่างผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รุ่งนภา เตชะกิจโกศล (2552) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ จำนวน 52 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียด และแบบวัดการเผชิญความเครียด

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพมีความเครียดระดับปานกลาง มีการใช้การเผชิญความเครียดทั้งสามแบบคือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาทางอ้อมโดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพใช้วิธีการเผชิญกับปัญหาแบบการจัดการกับปัญหาทางอ้อม

สายนาท พลไชโย (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาของการเป็นอัมพาตครึ่งซีก กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา ด้านจัดการกับอารมณ์ และด้านการแก้ปัญหาทางอ้อมของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 130 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา โดยการสนับสนุนทางสังคมและระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก และปัจจัยทั้งสองปัจจัยนี้สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหาร้อยละ 35 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ ระดับความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ โดยระดับความเครียดและการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกด้านการจัดการกับอารมณ์ และปัจจัยทั้งสองปัจจัยนี้สามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมการเผชิญความเครียดได้ร้อยละ 18 ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม และสามารถทำนายพฤติกรรมการเผชิญความเครียดได้ร้อยละ 3

Bronstein (1991) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหามีคะแนนการปรับตัวอยู่ในระดับสูง

Boynton De Sepulveda และ Chang (1994 อ้างถึงใน รุ่งนภา เตชะกิจโกศล, 2552) ศึกษาประสิทธิภาพการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความ

พิการ ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง 3 ปี จำนวน 75 ราย พบว่าแหล่งประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพการเผชิญความเครียด

Livneh และคณะ (2005) พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวและการยอมรับความพิการที่เกิดขึ้น การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความพิการที่เกิดขึ้น

Williams and Murray (2013) ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้กลยุทธ์หลากหลายในการเผชิญความเครียดช่วยให้เขาผ่านช่วงเวลาที่แย่มากและอยู่กับข้อจำกัดที่ตนเองมีได้

#### 4.2.3 การประเมินการเผชิญความเครียด

4.2.3.1 แบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (Jalowiec Coping Scale) ซึ่ง Jalowiec, Murphy and Power (1984) สร้างขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1979 โดยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Launier (1978) เพื่อวัดวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยในหัตถ์ฉุกเฉินและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง นำมาใช้ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1981 แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบ คือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น จนถึง 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยที่สุด ต่อมาในปี ค.ศ. 1984 Jalowiec, Murphy and Power พบว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงโครงสร้างของการสนับสนุนทางอารมณ์ยังไม่เหมาะสม แต่มีความตรงตามเนื้อหาจึงทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืออีกครั้ง และในปี ค.ศ. 1988 Jalowiec (อ้างถึงใน ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) ได้พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 แบบ ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดที่เพิ่มขึ้นมา คือ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยการเลือกการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ไม่เปลี่ยนแปลง เหลือข้อคำถาม 36 ข้อ ส่วน 4 ข้อที่ตัดออกเนื่องจากไม่จัดอยู่ในการเผชิญความเครียดแบบใด

เครื่องมือผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหา ก่อนปี ค.ศ.1979 โดยการเลือกข้อคำถามที่ส่วนใหญ่มีคนนำไปใช้มากและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่แตกต่างหรือตรงข้ามกับที่มีอยู่ในข้อคำถามเดิม หากความตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า 80% อยู่ในปัจจัยที่ 1 และ 56% อยู่ในปัจจัยที่ 2 ข้อคำถามซ้ำซ้อนอยู่ทั้ง 2 ปัจจัย 1 ข้อ และไม่ได้ อยู่ใน 2 ปัจจัยนี้ 5 ข้อ แสดงถึงการเผชิญความเครียดมีองค์ประกอบรายด้านมากกว่า 2 ด้าน ซึ่ง

สอดคล้องกับ Lazarus and Folkman ที่ทำการวิเคราะห์ปัจจัยกับแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด พบว่า 78% อยู่ในปัจจัยที่ 1 และ 68% อยู่ในปัจจัยที่ 2 ทำให้ Jalowiec พัฒนาเครื่องมือจนมีการแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 แบบ Jalowiec, Murphy and Power (1984) ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีการวัดซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนทั่วไปจำนวน 28 ราย วัดห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน โดยรวม .79 รายด้านการเผชิญความเครียดด้วยการมุ่งแก้ปัญหา .85 และแบบมุ่งปรับอารมณ์ .86 หาค่าความคงที่ภายในกับผู้ป่วยล้างไตโดย Balde, Murphy, Power and Swanson ในปี ค.ศ. 1982 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .86 และในปี ค.ศ. 1982 Murphy ตรวจสอบซ้ำในผู้ป่วยล้างไต 150 ราย ได้ค่า .85 และพบว่าค่าความสัมพันธ์ของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดโดยรวมเท่ากับ .83 ส่วนการเผชิญความเครียดโดยรวมกับแบบมุ่งปรับอารมณ์ เท่ากับ .86 และจากการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือข้างต้น Jalowiec, Murphy and Power (1984) พบว่าค่าความเที่ยงมาตรฐาน (Reliability standard) ที่ได้ไม่ต่ำกว่า .70

ในประเทศไทยมีผู้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของ Jalowiec มาแปลและนำมาใช้หลายคน นิตยา สุทธยากร (2531) ได้นำเครื่องมือมาวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1980) ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อมาแปลเป็นภาษาไทย ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 คน และนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .88 ต่อมา สุรางค์ เปรื่องเดช (2533) นำฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา สุทธยากร (2531) ที่ปรับปรุงแล้วเหลือข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ใช้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุจำนวน 60 ราย หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .84 ต่อมา มณฑา ลี้มทองกุล (2535) นำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านมขณะมารอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อจำนวน 80 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .88 นิตยา โรจน์ทินกร (2536) ดัดแปลงและนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก ระบบย่อยอาหาร ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบโลหิตและน้ำเหลือง ทดลองใช้ในผู้ป่วยจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .79 สุภาพ อารีเอื้อ (2540) นำฉบับที่ปรับปรุงแล้วเหลือข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปใช้ในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .73 ปราณี มิ่งขวัญ (2542) แปลเป็นภาษาไทยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของภาษาโดยวิธี back-translation โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบวัดการเผชิญความเครียดโดยรวมเท่ากับ .86 ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา

ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์เท่ากับ .82, .71 และ .70 ตามลำดับ สายนาท พลไชโย (2543) นำไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 130 ราย หาค่าความคงที่ภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคแบบวัดการเผชิญ ความเครียดโดยรวมเท่ากับ .76 และรุ่งนภา เตชะกิจโกศล (2552) นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองระยะฟื้นฟูสภาพ

4.2.3.2 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (Ways of Coping Questionnaire: WCQ) ของ Lazarus and Folkman สร้างและพัฒนาระหว่างปี ค.ศ. 1976-1977 ประเมินการเผชิญความเครียดที่มีข้อความประเมินความคิดและพฤติกรรมของบุคคลในการเผชิญ สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหลากหลายมิติ สามารถใช้ประเมินได้ทั้งคนปกติและกลุ่มผู้ป่วย เรื้อรัง แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบ ประกอบด้วย 8 วิธี คือ การเผชิญความเครียด แบบมุ่งแก้ปัญหา 2 วิธี คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา 2) การวางแผนแก้ปัญหาและการเผชิญ ความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มี 6 วิธี คือ 1) การประเมินค่าใหม่ทางบวก 2) การแสดงความ รับผิดชอบต่อปัญหา 3) การควบคุมตนเอง 4) การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม 5) การถอยห่าง และ 6) การเลี่ยงหนีปัญหา แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยใช้เลย 0 คะแนน จนถึงเคยใช้ประจำ 3 คะแนน มีข้อความจำนวน 66 ข้อ ผ่านการทดสอบความตรงเชิง โครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้ค่าน้ำหนักปัจจัย (Factor loading) ส่วนใหญ่อยู่ใน ช่วง .3-.7 โดยมีค่าน้ำหนักปัจจัยต่ำกว่า .3 อยู่ 2 ข้อ (.25 และ .28) และสูงกว่า .7 อยู่ 4 ข้อ (.71-.79) (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986; Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986) และในปี ค.ศ. 1988 Lazarus and Folkman ปรับแบบสอบถามให้ เหลือ 31 ข้อ เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ โดยจะเลือกข้อความจากแบบสอบถาม ฉบับเต็มด้วยการพิจารณาค่าน้ำหนักปัจจัยแล้วนำไปทดสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง ของการเผชิญความเครียด 8วิธี อยู่ในช่วง .47-.74 (Folkman & Lazarus, 1988)

ในประเทศไทยมีผู้นำแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman มาแปลและนำมาใช้ เช่น สิริลักษณ์ วรรณระพงษ์ (2539) นำมาแปลนำมาใช้ศึกษาวิถี การปรับแก้และการปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค เท่ากับ 0.81 จากนั้น รุ่งทิพย์ เบ้าตุน (2546) นำมาปรับใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ การเผชิญความเครียดกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1984) เนื่องจากมีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังหลายกลุ่ม และมีการนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง โดย นิตยา สุทธยากร (2531) ปราณี มิ่งขวัญ (2542) และรุ่งนภา เตชะกิจโกศล (2552) ผู้วิจัย

เลือกฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542)

### 4.3 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

#### 4.3.1 ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

มีผู้ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไว้หลากหลาย ดังนี้

Hilton (1988 อ้างถึงใน สุมาพร บรรณสาร, 2545) การที่บุคคลไม่สามารถแยกแยะสภาพเจ็บป่วยได้ชัดเจน ถ้ามีมากจะทำให้มองสภาพการเจ็บป่วยไปในทางร้าย และทำนายผลของความเจ็บป่วยไปในทางร้าย

Lazarus and Folkman (1984) เป็นปัจจัยด้านสถานการณ์หรือปัจจัยด้านเหตุการณ์ที่มีบทบาทในการประเมินตัดสินและการเผชิญปัญหาของบุคคล เนื่องจากความรู้สึกไม่แน่นอนของเหตุการณ์ทำให้ยากต่อการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอันตรายหรือความรุนแรงหรือไม่

Christman (1990) การที่บุคคลไม่สามารถตัดสินความหมายของการเจ็บป่วย และทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้นๆได้ เนื่องจากขาดแนวทางในการประเมินเกิดความขัดแย้งในใจ หรือความเจ็บป่วยนั้นมีมากเกินไปที่บุคคลจะรับรู้และตัดสินใจได้

Comaroff and Maguire (1981) ความรู้สึกที่เกิดจากความไม่แน่ใจของอาการของโรค และมีข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคและการรักษา ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพและความผาสุก

Mishel (1981, 1988, 1990) ภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้สิ่งเร้า หรือตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจให้ความหมายหรือคุณค่า และไม่สามารถประเมินสภาพความเจ็บป่วย วิเคราะห์สถานการณ์ และทำนายผลที่จะเกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน เนื่องจากขาดแนวทางในการประเมินและมองไม่เห็นจุดหมายของเหตุการณ์ทำให้ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้ ซึ่งภาวะนี้บุคคลจะรับรู้อย่างต่อเนื่องและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

Mishel ใช้แนวคิดความน่าจะเป็น (Probabilistic and Condition Thinking) มาอธิบาย พบว่าความไม่แน่นอนไม่ได้เป็นสิ่งที่สมบูรณ์ที่สุด เหตุการณ์ที่ปรากฏอยู่เป็นผลมาจากความเป็นไปได้ของเหตุการณ์ที่หลากหลายจะพบทางเลือกที่เพิ่มขึ้นในการจัดการตนเองใหม่ โดยปรับเปลี่ยนความรู้สึกอย่างช้าๆและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากการแลกเปลี่ยนภายในระบบไปยังสิ่งแวดล้อมจนมีการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบความรู้ความเข้าใจที่มีต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยที่บุคคลจะสามารถคงไว้ในมุมมองชีวิตใหม่นี้ผ่านแรงผลักดันจากแหล่งสนับสนุนและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนมุมมองของชีวิตใหม่สามารถปรับตัวอยู่กับความไม่แน่นอนเพื่อการดำรงชีวิตที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น

#### 4.3.2 ความสัมพันธ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัว

Mishel กล่าวว่า การไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วย การรักษาที่จะได้รับ ผลของการรักษา และการดำเนินชีวิตชีวิตร่วมกับโรค อาการโรคที่สงบและกำเริบ เป็นช่วงๆ ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะเข้าไปภายในบุคคล ขัดขวางการใช้สติปัญญา และการแสดงออก ขัดขวางการสร้างสมดุลส่งผลต่อการปรับตัว (Mishel, 1984, 1990) เมื่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นส่งผลให้ความสามารถในการปรับตัวลดลง (Anema et al., 2009) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวในผู้ป่วย (จุฬาลักษณ์ กวีวิรัชชัย, 2536; จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536; สุมาพร บรรณสาร, 2545)

#### 4.3.3 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เกิดความรู้สึกสงสัย กลัวสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นหรือกลัวตาย อาการของโรคที่แย่ง การเปลี่ยนแปลงจากการรักษาในโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน ไม่สามารถทำนายอนาคตได้ นำไปสู่ความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วย (Burton, 2000) ในระยะก่อนการรับรู้การเป็นอัมพาตท่อนล่าง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสงสัยไม่รู้ว่าตนเองเป็นอะไร (ธัญพร ชื่นกลิ่น, 2543) ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้ยังเกิดขึ้นได้ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยจากอาการที่แย่ง การกลับเป็นซ้ำของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากความพิการที่เกิดขึ้น

มิติของความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (White, Barrientos and Dunn, 2014) ประกอบด้วย

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับเหตุการณ์ในอนาคต ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ ความสามารถในการฟื้นฟูสภาพ และปัญหาทางเศรษฐกิจในอนาคต
2. ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาการและอาการแสดงของโรคที่เกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ ไม่สามารถระบุได้ชัดเจน ในการกลับเป็นซ้ำอาจมีอาการเหมือนการเจ็บป่วยครั้งแรกหรือแตกต่างกันก็ได้
3. ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงของตนเองที่ทำให้เกิดโรค และพยายามจัดการกับปัจจัยเสี่ยงของตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นโรคซ้ำเชื่อว่าเกิดจากความผิดพลาดในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงของตนเอง



4. ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ จากการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ และแหล่งประโยชน์นั้นให้ประโยชน์มาน้อยเพียงใด

เมื่อเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเผชิญปัญหาโดยวิธีการอยู่กับปัจจุบัน ค้นหาความหมายใหม่ของชีวิต และแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ (White, Barrientos and Dunn, 2014)

#### 4.3.4 การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Mishel สร้างและพัฒนาเครื่องมือประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสำหรับประเมินกลุ่มผู้ป่วยไว้ 4 ลักษณะ ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉบับชุมชน แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในผู้ปกครอง และแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แบบประเมินที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมี ดังนี้

4.3.4.1 แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (The Mishel Uncertainty in Illness Scale) ใช้ประเมินในกลุ่มผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ (Mishel, 1990) ในประเทศไทย มณฑล ลัมทองกุล (2535) ได้นำแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1990) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงมาใช้ในผู้ป่วยที่มีก่อนบริเวณเต้านมและรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ ตัดข้อคำถามเหลือ 24 ข้อผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน หาค่าความเที่ยงโดยนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีก่อนที่เต้านม ขณะรอฟังผลชิ้นเนื้อจำนวน 80 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .76 ทิพาพร วงศ์หงส์กุล (2533) และบุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ (2533) แปลเป็นภาษาไทย ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน นำไปทดสอบความเชื่อมั่นของความคงที่ภายใน ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับในช่วงก่อนได้รับรังสีรักษา ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .83 และ .79 ระหว่างรับรังสีรักษาเท่ากับ .88 และ .89 และก่อนสิ้นสุดการรักษาเท่ากับ .88 และ .89 ตามลำดับ จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) และจันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) นำฉบับที่แปลโดย บุญจันทร์ สุวงศ์นพรัตน์ (2533) ไปดัดแปลงเหลือข้อคำถาม 26 ข้อ และนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 130 ราย และผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86 และ .78 ตามลำดับ นิตยา โรจน์ทินกร (2536) ดัดแปลงเหลือข้อคำถาม 24 ข้อและนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 20 ราย หาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .74 อ้อมใจ สิทธิจำลอง (2542) นำไปใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .93 ปติมา เชื้อตาลี (2548) นำไปใช้ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 30 ราย ได้ค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88 นิรุบล วัฒนาวรินทร์ (2552) นำไปใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทรองอกจำนวน 126 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .87

4.3.4.2 แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉบับชุมชน (The Mishel Uncertainty in Illness Scale - Community Form) ใช้ประเมินในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ (Mishel, 1989) ในประเทศไทยมีการนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (อ้างถึงใน สุภาณี แก้วธำรง, 2543) ซึ่ง Mishel ได้พัฒนาแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น มีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ มีองค์ประกอบของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4 ด้าน คือ ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการสุขภาพ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและลบ เรียงกันอย่างไม่ตั้งใจ การแปลความหมาย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 23-115 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง สุภาณี แก้วธำรง (2543) นำไปใช้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเอส แอล อี จำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .89 สุมาพร บรรณสาร (2545) นำไปใช้ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88 มุกดา เดชประพันธ์(2552) นำไปศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอจำนวน 240 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 ผกามาศ อ่อนขาว (2553) ศึกษาในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .70

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉบับชุมชน (The Mishel Uncertainty in Illness Scale - Community Form) เนื่องจากเหมาะสมกับบริบทของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน

#### 4.4 ความรุนแรงของอาการ

##### 4.4.1 ความหมายของความรุนแรงของอาการ

Mishel (1988) ได้กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการเป็นปัจจัยหนึ่งในกรอบของตัวกระตุ้นในรูปแบบของอาการ (symptom pattern) ที่ก่อให้เกิดการรับรู้และแปลความหมาย ถ้าผู้ป่วยมีความรับรู้ที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วย ประเมินตัดสินใจสถานการณ์ได้ดี นำไปสู่การปรับตัวที่ดี

##### 4.4.2 ความสัมพันธ์ของความรุนแรงของอาการกับการปรับตัว

ความรุนแรงของอาการเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญตลอดเวลาของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอยู่ในส่วนของรูปแบบของอาการแสดง ระดับความรุนแรงของอาการของ

โรค แสดงออกถึงภาวะสุขภาพของบุคคลที่บ่งบอกถึงความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปรับตัว (Phipps, 1995 อ้างถึงใน สุมาพร บรรณสาร, 2545) แบบแผนของอาการที่ไม่ชัดเจนหรือมีการเปลี่ยนแปลงทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์ได้และส่งผลกระทบต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบแผนของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Anema et al., 2009) บุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจจะมีความสามารถในการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าบุคคลที่เจ็บป่วยรุนแรง อ่อนเพลีย วิตกกังวล ท้อแท้ และเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีทั้งระยะอาการสงบและกำเริบซึ่งถือว่าเป็นลักษณะเฉพาะนั้น ความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วย โดยความรุนแรงของอาการมีผลทำให้บุคคลปรับตัวไม่เหมาะสม มีความยากลำบากในการปรับตัว (Christman, 1990; Mishel, 1984) ซึ่งความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วย (สุมาพร บรรณสาร, 2545; อุสา เอี่ยมสังข์, 2546; อุไรวรรณ สาสังข์, 2548)

นอกจากนี้ความรุนแรงของอาการยังมีผลทางอ้อมต่อการปรับตัวของบุคคล โดยผ่านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel, 1984) คือ ระดับความต่อเนื่องและความรุนแรงของอาการ ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้และให้ความหมาย ลักษณะของอาการที่กำเริบขึ้นและแตกต่างจากครั้งก่อน ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจอาการที่ตนกำลังประสบได้อย่างชัดเจน ไม่สามารถประเมินความรุนแรงของโรคได้ เกิดความคลุมเครือในความเจ็บป่วยซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น เมื่อรูปแบบของอาการแสดงมีความชัดเจนจะทำให้ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลง ส่งผลถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ผู้ป่วยที่มีลักษณะของอาการแปรปรวนจะมีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงกว่าผู้ที่มีลักษณะอาการคงที่ (Mishel, 1988) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแปรผันตามความรุนแรงของอาการ บุคคลที่รับรู้ความรุนแรงของอาการมากจะรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนมาก (Kang, 2005)

พยาธิสภาพจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันและแตก ทำให้เกิดภาวะเนื้อสมองขาดเลือดจนถึงเนื้อสมองตาย อันส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติเฉพาะที่ทางระบบประสาท (focal neurological deficit) ตามบริเวณที่สมองส่วนนั้นรับผิดชอบอยู่ (พรชัย สติธิปัญญา, 2551) โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความพิการของร่างกาย ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง (ยุพาพร โอฬาริกพันธุ์, 2541) ความรุนแรงของอาการส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547) ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของการพร่องความสามารถทางกายส่งผลกระทบต่อการกลับไปประกอบอาชีพของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่มีความพร่องความสามารถรุนแรงหรือมีความพร่องในการสื่อสารและ การรู้คิด จะมี

โอกาสกลับเข้าทำงานได้น้อย (Hofgren, C., Bjorkdahl, A., Esbjornsson, E., and Sunnerhagen, K. S., 2007) Sjögren and Fugl-Meyer (1982) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 110 ราย พบว่าระดับความพร้อมสมรรถภาพมีความสำคัญอย่างมากในการปรับตัวของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความสามารถของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในด้านการมีกิจกรรมยามว่างของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### 4.4.3 การประเมินความรุนแรงของอาการ

4.4.3.1 แบบวัดอาการความเจ็บปวด เป็นการวัดความรุนแรงของอาการตามความรู้ของผู้ป่วย แบบวัดอาการความเจ็บปวดมีหลายรูปแบบ เช่น มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Vertical Visual Analogue Scale) แบ่งระดับความเจ็บปวดออกเป็น 11 ระดับ ตามตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดยที่เลข 0 อยู่ระดับต่ำสุดของสายตา และหมายเลข 10 อยู่ระดับสูงสุดของสายตา มาตรวัดความเจ็บปวดของ Stewart (Stewart pain-color scale) โดยกำหนดระดับความเจ็บปวดเป็น 10 ช่อง แต่ละช่องมีสีต่างกันและบอกถึงระดับความเจ็บปวดต่างกัน เมื่อความรุนแรงของความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นสีก็จะเข้มขึ้น มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดตัวเลข 0-10 (Numeric Rating Scale) มีตัวเลขตั้งแต่ 0-10 เลข 0 หมายถึง ไม่เจ็บปวดเลย และเลข 10 หมายถึง เจ็บปวดจนทนไม่ได้ มาตรวัดมีลักษณะเป็นช่องสี่เหลี่ยมจัตุรัสขนาด 1x1 เซนติเมตร เรียงต่อกันตามแนวนอน ภายในมีตัวเลขเรียงลำดับ 0-10 รวมทั้งหมด 11 ช่อง เรียกมาตรวัดความเจ็บปวดแบบ 11 ช่องระดับคะแนน (Jensen et al., 1986 อ้างถึงใน พรนิภา สิละธนาฤกษ์, 2542)

4.4.3.2 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นแบบประเมินด้วยการเปรียบเทียบสายตา (Visual Analogue หรือ Graphic Rating Scale) เป็นแบบประเมิน 1 ข้อคำถาม ถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของอาการของโรคที่เกิดขึ้นก่อนมารับการรักษาตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นแนวนอนความยาว 100 มิลลิเมตร ปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 และมีคำกำกับไว้ว่า ไม่รุนแรงเลย ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 100 คะแนนและมีคำกำกับไว้ว่า รุนแรงมากที่สุด (Shephard, 2004 อ้างถึงใน ดวงทิพย์ ปินไทยสงค์, 2556)

4.3.4.3 แบบประเมินความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง National Institute of Health Stroke Scale สร้างขึ้นโดย Brott และคณะ (1989) เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้และมีความเที่ยงในระดับสูง ประกอบด้วยการประเมิน ดังนี้ ระดับความรู้สึกตัว 3 ข้อ การเคลื่อนไหวของลูกตา 1 ข้อ การมองเห็น 1 ข้อ การควบคุมการเคลื่อนไหวของใบหน้า 1 ข้อ การเคลื่อนไหวของแขน 1 ข้อ การเคลื่อนไหวของขา 2 ข้อ การประสานงานของกล้ามเนื้อส่วนปลาย 1 ข้อ การรับรู้ความรู้สึก 1 ข้อ ความผิดปกติของการสื่อสาร 1 ข้อ ความบกพร่องของการพูด 1 ข้อ การตอบสนอง

ต่อสิ่งกระตุ้น 1 ข้อ คะแนนรวม 42 คะแนน ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ 0-4 คะแนน หมายถึงความรุนแรงของโรคน้อย 5-18 คะแนน หมายถึงความรุนแรงของโรคปานกลาง และ 19-24 คะแนน หมายถึง ความรุนแรงของโรคมก

ในประเทศไทยมีการแปลเป็นภาษาไทยโดย ยงชัย นิละนนท์ และคณะ (2553) โดยมีการแปลย้อนกลับของสองภาษา หาความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยเปรียบเทียบ คะแนน NIHSS-T กับปริมาณเนื้อสมองขาดเลือด ซึ่งวัดจากภาพคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมองขณะแรกเริ่ม และความพิการที่ 3 เดือนด้วย modified Rankin Scale ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินจากบุคลากรทางการแพทย์ 3 กลุ่มคือ แพทย์เฟลโลว์ระบบประสาท 2 คน แพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ 2 คน และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน ความเชื่อมั่นในแบบในผู้ประเมินคนเดียว (Intra-observe reliability) คำนวณจาก Intra-class correlation เท่ากับ .98, .98, .96, .98, .90 และ .98 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-observe reliability) ทั้ง 6 คน คำนวณจาก Intra-class correlation เท่ากับ .98 ทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินในกลุ่มผู้ป่วยไทยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันจำนวน 32 ราย ค่าความเที่ยงของแบบประเมินคำนวณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficients) ระหว่างคะแนน NIHSS-T กับปริมาณเนื้อสมองที่ขาดเลือด และระดับความพิการที่ 3 เดือน เท่ากับ .53 และ .69 ตามลำดับ นิพาพร ภิญโญศรี (2551) ทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินโดยการหา Interrater retest แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบประเมิน โดยการประเมินระหว่างพยาบาลกับพยาบาลได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95 และการประเมินระหว่างพยาบาลกับแพทย์ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96

4.3.4.4 แบบประเมินความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ Glasglow Coma Scale (GCS) ของสถาบันประสาทวิทยา (2551) ประกอบด้วยข้อคำถามดังนี้ การลืมตา (Eye Opening) การตอบสนองต่อการเรียกหรือการพูด (Verbal) การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Movement) คะแนนรวม 15 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรุนแรงน้อย และคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความรุนแรงมาก (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2551)

4.3.4.5 แบบสัมภาษณ์ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Rankin Scale: mRS) พัฒนาเครื่องมือขึ้นโดย Van Swieten และคณะ (1988 อ้างถึงใน ชญากุล นิติเกษมกุล, 2556) โดยมีการปรับปรุงให้เป็นคำถามแบบสัมภาษณ์โดย Bruno และคณะ (2011) ฉบับภาษาไทยของสถาบันประสาทวิทยา ลักษณะการประเมินแบ่งออกเป็น 6 ระดับ คือตั้งแต่ 0 คือ ไม่มีความผิดปกติเลย จนถึง 5 คือ มีความผิดปกติมาก ต้องนอนบนเตียง ต้องการคนดูแลอย่างใกล้ชิด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง National Institute of Health Stroke Scale ฉบับภาษาไทย เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากใช้การประเมินความพร้อมสมรรถภาพ

#### 4.5 ความสามารถในการรู้คิด

##### 4.5.1 ความหมายของความสามารถในการรู้คิด

กิงแก้ว ปาจริย์ (2547) ให้ความหมายว่า กระบวนการจำแนกข้อมูลที่ได้รับเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่างๆ แปลความหมาย ทำความเข้าใจ จดจำ รวมถึงการดัดแปลงใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงออกอย่างเหมาะสม

Hannegen (1989) ให้ความหมายว่า สติปัญญาที่รวมถึงการรับรู้ ความคิด ความจำ และการจำแนกข้อมูลต่างๆ การทำหน้าที่ของสมองด้านปัญญา เช่น การรับรู้วัน เวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อม ความจำ ความตั้งใจ การประมวลผลความคิดเป็นตรรกะ การมีเหตุผล รวมถึงการแสดงพฤติกรรมต่างๆ

สรุปได้ว่าความสามารถในการรู้คิดเป็นกระบวนการในการจำแนกข้อมูลที่ได้รับรู้ตามช่องทางการรับรู้ต่างๆ แปลความหมาย และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม

##### 4.5.2 ความสัมพันธ์ของการรู้คิดกับการปรับตัว

การรู้คิดเป็นกระบวนการจำแนกข้อมูลที่ได้รับเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่างๆ มีการแปลความหมาย ทำความเข้าใจและจดจำ รวมถึงการดัดแปลงข้อมูลเพื่อแสดงออกอย่างเหมาะสม (กฤษณา พิรเวช, 2552) ความสามารถในการรู้คิดมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจมีผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา การประเมินสถานการณ์ ไม่ถูกต้องส่งผลเพิ่มความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หากบุคคลมีความสามารถในการรับรู้และเข้าใจสูงจะสามารถรับรู้อาการแสดงได้ถูกต้อง คาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ตรงกับความเป็นจริง ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง โดยผ่านรูปแบบตัวกระตุ้น (Mishel, 1988)

อัตราความชุกของความพร้อมในการรู้คิดสูงที่สุดในช่วง 3 เดือนแรกหลังเกิดโรคและค่อยๆลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป (Patel, Coshall, Rudd and Wolfe, 2003) ความพร้อมในการรู้คิดที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วย 55% มีความพร้อมในการรู้คิด ซึ่งอาจมีความพร้อมด้านเดียวหรือหลายด้านได้แก่ ความพร้อมในการคิดบริหารจัดการ การรับรู้ทางสายตา ภาวะละเอียดร่างกายครึ่งซีก การเข้าใจเหตุผล ความจำระยะสั้น และการใช้ภาษา (Gottesman and Hillis, 2010; Nys et al., 2007) ความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการ

กลับไปประกอบอาชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงาน ผู้ป่วยที่มีความพร้อมด้านภาษากลับเข้าทำงานได้ในระดับต่ำ (Hofgren et al., 2007; Hommel et al., 2009)

เมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟู ความพร้อมความสามารถในการรู้คิดทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูร่างกายได้ไม่ดีและเป็นไปอย่างล่าช้า เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการเรียนรู้และฝึกหัดทักษะต่างๆที่ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจส่งผลกระทบต่อ การปรับตัวและบทบาททางสังคมของผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ปิยะภักขร วัชรวิวัฒน์พงษ์, 2547 อ้างถึงใน ปทุมทิพย์ อุดลวัฒน์ศิริ, 2555) ความพร้อมการรู้คิดนำไปสู่ความสามารถทางกายลดลง ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Diamond et al., 1996)

### 4.5.3 การประเมินความสามารถในการรู้คิด

4.5.3.1 แบบประเมิน The neurobehavioral Cognitive Status Examination (NCSE) ฉบับปี ค.ศ. 2010 (Cognistatthai version 2010) แปลเป็นภาษาไทยโดย ศรนรินทร์ กาญจนะโนพินิจ, สุวิทย์ เจริญศักดิ์ และฐิติวี แก้วพรสวรรค์ (2557) สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมิน cognitive function ของสมอง แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ language construction, memory, calculation และ reasoning แบบประเมิน The Neurobehavioral Cognitive Status Examination หรือ Cognistat เป็นเครื่องมือหนึ่ง que แสดงผลคะแนนในรูปแบบของ profile ในแต่ละด้าน ซึ่งจะช่วยให้ระบุได้อย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องทางสมองในด้านใดบ้างและมีความบกพร่องด้านนั้นๆในระดับใด ช่วยทำให้ผู้ประเมินเข้าใจได้ง่าย การวิเคราะห์เพื่อวินิจฉัยโรคและทำการรักษาโรคได้อย่างถูกต้อง ประกอบกับ Cognistat เป็นเครื่องมือคัดกรองที่ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ช่วยในการประหยัดเวลาในการทำแบบทดสอบได้อย่างมาก ซึ่งเหมาะสำหรับการนำไปใช้ในทางคลินิกหรือใช้ในการประเมินที่ข้างเตียงผู้ป่วยได้ดี สำหรับในต่างประเทศ Cognistat ได้ถูกนำไปใช้ในคลินิกและงานวิจัยกับกลุ่มผู้ป่วยโรคทางสมอง สำหรับกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมก็พบว่า Cognistat สามารถคัดกรองผู้ป่วย dementia ได้ตั้งแต่ร้อยละ 80-100 (Kieman RJ, et al., 2008 อ้างถึงใน ศรนรินทร์ กาญจนะโนพินิจ และคณะ, 2557) ในประเทศไทย ศรนรินทร์ กาญจนะโนพินิจ และคณะ (2557) ศึกษาคุณสมบัติการวัดของแบบประเมิน Cognistat ฉบับภาษาไทย โดยนำไปทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยป่วยสมองเสื่อมจำนวน 50 ราย และกลุ่มคนปกติจำนวน 30 ราย พบว่าแบบประเมินมีความไวเท่ากับร้อยละ 82 ค่าความถ่วงจำเพาะเท่ากับ 34 ศึกษาค่าความเที่ยงด้วยการทดสอบซ้ำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ Kappa เท่ากับ .55 ค่าความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอฟครอนบาคเท่ากับ .829 ในคนปกติ และ .769 ในผู้มีภาวะสมองเสื่อม

4.5.3.2 แบบประเมิน Mini mental state examination (MMSE) ของ Folstein และคณะ (1975) เป็นแบบคัดกรองตรวจหาความพร้อมในการทำงานของสมองด้านความรู้

ความเข้าใจด้านต่างๆ พบว่ามีความเที่ยงเมื่อนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิด motor ในระยะเฉียบพลัน (Hinkle, 2002 อ้างถึงใน นันทกา ภัคดีพงษ์, 2553) ในประเทศไทยแบบประเมิน MMSE ได้รับการพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดย อัญชูลี เตมีประดิษฐ์ และคณะ (2533) นำมาใช้คัดกรองการสูญเสียการทำหน้าที่ของสมรรถภาพสมอง โดยกำหนดให้แพทย์ทั่วไป พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักศึกษาแพทย์ และนักศึกษาพยาบาล สามารถนำแบบประเมินไปใช้ได้ และนำแบบประเมินไปทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 36 รายที่ได้รับวินิจฉัยว่ามีกลุ่มอาการทางสมอง (organic brain syndrome) เปรียบเทียบกับผู้สูงอายุปกติจำนวน 44 ราย พบว่าแบบประเมิน MMSE ฉบับภาษาไทยมีค่าความไวร้อยละ 97.22 และความจำเพาะร้อยละ 95.45 โดยใช้จุดตัดที่คะแนน 21 คะแนนจาก 30 คะแนน มีความสอดคล้องกับการวินิจฉัยทางคลินิกร้อยละ 96.25 โดยอยู่นอกเหนือความบังเอิญอย่างมีนัยสำคัญ นันทกา ภัคดีพงษ์ (2553) นำแบบประเมินไปใช้ศึกษาความชุกของภาวะพร่องสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินมีคะแนนรวมของการทดสอบเท่ากับ 30 คะแนน ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม แบ่งเป็นหัวข้อหลัก 5 หัวข้อ คือ การรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจและการคำนวณ การระลึกได้ ภาษา ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ด้านการรับรู้ (Orientation) กำหนดให้มีค่าน้ำหนักของความสำเร็จโดยคิดเป็นคะแนนเต็ม 10 คะแนน แบ่งให้เป็นคะแนนเกี่ยวกับเรื่องเวลา 5 คะแนน คำถามประกอบด้วย วัน วันที่ เดือน ปีพ.ศ. เวลา และเรื่องสถานที่ 5 คะแนน คำถามประกอบด้วย ชื่อโรงพยาบาล ชั้นที่เท่าไร ตั้งอยู่อำเภออะไร จังหวัดใด ภาคไหนของประเทศไทย

ด้านการจดจำ (Registration) กำหนดให้มีค่าน้ำหนักของความสำเร็จ โดยคิดเป็นคะแนนเต็ม 3 คะแนน ประเมินโดยให้จำชื่อสิ่งของ 3 สิ่งที่ไม่สัมพันธ์กัน ผู้ทดสอบเป็นผู้บอกชื่อสิ่งของทั้ง 3 สิ่งให้ฟังซ้ำๆ และชัดเจน พูดห่างกันครั้งละ 1 วินาที หากผู้ถูกประเมินจำไม่ได้ให้ทวนต่อไปอีกจนจำได้ และบอกว่าให้จำชื่อไว้แล้วจะกลับมาถามใหม่ หากทวน 6 ครั้งแล้วยังจำ 3 ชื่อไม่ได้ การทดสอบเรื่องความจำต่อไปไม่มีความหมาย ให้คะแนนแต่ละชื่อเท่ากับ 1 คะแนน

ด้านความใส่ใจ (attention) และการคำนวณ (Calculator) ได้กำหนดให้มีค่าของน้ำหนักความสำเร็จเท่ากับ 5 คะแนน ทดสอบโดยให้ผู้ถูกทดสอบคำนวณเลข 100-7 ไปตามลำดับ 5 ครั้ง และหยุดเมื่อครบ 5 คำตอบ โดยแต่ละคำตอบได้ 1 คะแนน หากผู้ถูกประเมินเลขไม่ได้ให้สะกดคำว่า มนะนาว ให้คะแนนตามอักษรที่สะกดถูกและถูกตำแหน่ง

การระลึกได้ (recall) กำหนดให้มีค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน โดยให้ผู้ถูกประเมินทวนชื่อ 3 ชื่อที่บอกไว้ข้างต้น ชื่อละ 1 คะแนน

ด้านภาษา (language) ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 9 คะแนน ประกอบด้วย



Name: ยกนาฬิกาให้ผู้ถูกประเมินดูและให้บอกชื่อ หลังจากนั้นแสดงปากกาแล้วให้บอกชื่อเช่นเดียวกัน ตอบถูก 1 ชื่อให้ 1 คะแนน

Repetition: พูดประโยค ขวนขวายหาความรู้ ให้ผู้ถูกประเมินพูดตาม 1 รอบ หากพูดตามได้ให้ 1 คะแนน

Stage command: หยิบกระดาษเปล่า 1 แผ่นวางบนโต๊ะ และให้ผู้ถูกประเมินฟังและทำตามคำบอกดังนี้ หยิบกระดาษด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางกระดาษไว้บนโต๊ะให้คะแนนต่อการทำถูก 1 ขั้นตอน ทำถูกหมดได้ 3 คะแนน

Reading: เขียนคำว่า จงหลับตา ให้ตัวโตพอที่ผู้ถูกประเมินจะเห็นได้อย่างชัดเจน และให้ทำตามสิ่งที่เขียนไว้ให้อ่าน หากผู้ถูกประเมินหลับตาลงให้ 1 คะแนน

Writing: บอกผู้ถูกทดสอบเขียนประโยค 1 ประโยคบนกระดาษเปล่าที่ให้ไว้ โดยให้เขียนเองทันทีที่นึกได้ ประโยคที่เขียนต้องมีประธาน และกริยาเป็นอย่างน้อย จึงให้ 1 คะแนน

Copying: เขียนรูปห้าเหลี่ยมขนาดละประมาณ 1 นิ้ว 2 รูป โดยมีมุมที่ซ้อนกัน 1 มุม เป็นต้นแบบ ให้ผู้ถูกประเมินลอกรูปตามนั้น รูปที่ลอกจะต้องมี 10 มุมและซ้อนกัน 1 มุม จึงจะให้ 1 คะแนน เส้นที่ลากไม่ตรงไม่เรียบและการหมุนภาพไม่เสียคะแนน

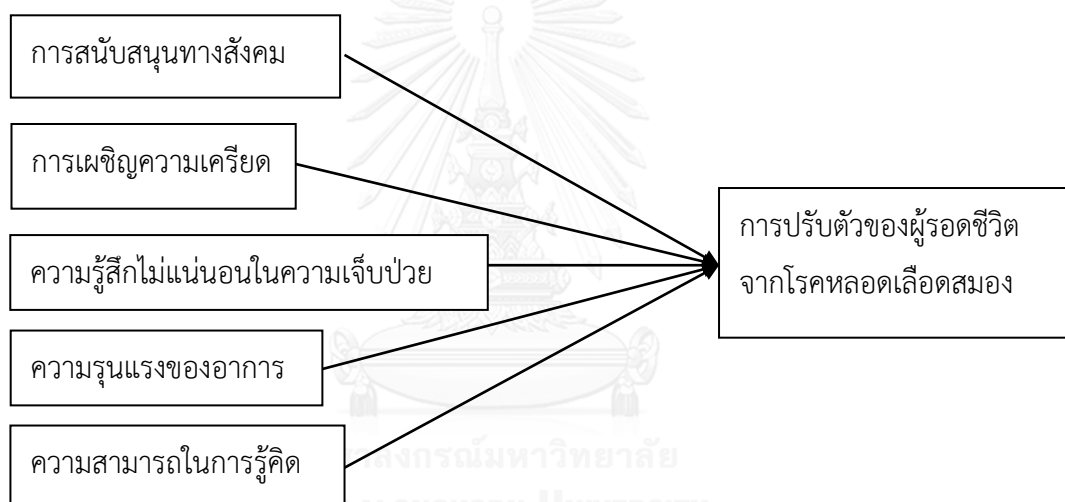
4.5.3.3 แบบประเมินโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease Assessment Scale: ADAS) ของ Rosen, Mohs and Davis (1984) ใช้ประเมินด้านการรู้คิด (cognitive part) เพื่อประเมินความรุนแรงของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดตามความผิดปกติของส่วนของสมอง ประกอบด้วย 11 ส่วนย่อย คือ word recall task, orientation to time place and person, word recognition task, remembering test instruction, naming objects and fingers, follow command, spoke language ability, comprehension of spoken language, word-finding difficult, constructional praxis and ideational praxis เกณฑ์การให้คะแนนในส่วนที่ 1, 2, 3, 5, 6, 10 และ 11 เป็นการให้คะแนนแบบถูกผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ส่วนที่ 4, 7, 8 และ 9 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ จาก 0 หมายถึง ไม่มีความบกพร่องเลย จนถึง 5 หมายถึง มีความบกพร่องรุนแรงมาก การแปลผลคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความบกพร่องการทำงานที่ด้านการรู้คิดต่ำ คะแนนมาก หมายถึง มีความบกพร่องการทำงานที่ด้านการรู้คิดสูง ในประเทศไทย นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ (2545) แปลเป็นภาษาไทยและนำไปประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุชายไทย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .97 ต่อมา นงนภัส พันธุ์แจ่ม (2549) นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน วิเคราะห์หาค่า

ดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .81 ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .83

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน Mini mental state examination (MMSE) ฉบับภาษาไทย ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) เนื่องจากมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย และมีการนำมาใช้ประเมินในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## 5. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากแนวคิดทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทำให้ผู้วิจัยกำหนดเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังนี้



### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยคัดสรรได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด ต่อการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 18-59 ปี มารับการตรวจติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตภาคเหนือตอนล่าง

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี โดยมีคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (ไม่จำกัดความรุนแรงของอาการเมื่อ admit)
2. ระดับความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เมื่อแรกรับเข้าศึกษา
3. มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 30 วัน ถึง 2 ปี
4. สามารถสื่อสารได้เข้าใจด้วยภาษาไทย
5. ไม่มีความผิดปกติด้านจิตประสาท และไม่มีประวัติภาวะสมองเสื่อมหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (post stroke dementia)
6. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการเลือกดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$n = 10k + 50$$

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

k = จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา

จำนวนตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด 6 ตัว ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 110 คน

2. เลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือตอนล่าง ประกอบด้วย 2 สังกัด คือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์พุทธชินราช โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โรงพยาบาลสวรรคัประจักษ์ และกระทรวงศึกษาธิการ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร สุ่มเลือกโรงพยาบาล 2 แห่งจาก 4 แห่ง โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างคือ โรงพยาบาลศูนย์พุทธชินราช และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

2. สํารวจข้อมูลของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์คัดเข้าการศึกษา ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมระบบประสาทและศัลยกรรมระบบประสาททั้ง 2 โรงพยาบาลล่วงหน้า 1 วัน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบคนเว้นคนตามลำดับการมารับบริการ สอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจนครบ 110 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ เกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และข้อวินิจฉัยชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

#### ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปรับตัวทางจิตสังคม

แบบสอบถามการปรับตัวทางจิตสังคม (Psychosocial Adjustment to Illness Scale: PAIS) ฉบับที่ปรับแก้ของ สุมาพร บรรณสาร (2545) เป็นข้อคำถามที่สอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้หรือพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 45 ข้อ แบ่งการปรับตัวออกเป็น 7 ด้าน ดังนี้

1. ด้านภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินความคิด ความต้องการต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ
2. ด้านอาชีพการงาน เป็นการประเมินความรู้สึกนึกคิดที่เป็นผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อการปฏิบัติงาน มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ
3. ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เป็นการประเมินความคิดเกี่ยวกับ

สัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในครอบครัว งานบ้านที่รับผิดชอบ ความต้องการความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง และสภาพเศรษฐกิจในครอบครัว มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ

4. ด้านสัมพันธ์ภาพทางเพศ เป็นการประเมินความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพระหว่างสามีภรรยา มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ

5. ด้านสัมพันธ์ภาพกับญาติที่อยู่ห่างกัน เป็นการประเมินสัมพันธ์ภาพกับญาติ และความต้องการความช่วยเหลือจากญาติที่ไม่ได้อยู่ร่วมกัน มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ

6. ด้านสภาพแวดล้อมในสังคม เป็นการประเมินการใช้เวลาว่าง การทำงานอดิเรก การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และการใช้เวลาร่วมกับคนอื่น มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ

7. ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ เป็นการประเมินความไม่สบายใจ มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ

**เกณฑ์การให้คะแนน** ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ คำถามข้อหมายเลขคี่เป็นคำถามทางบวก ส่วนข้อหมายเลขคู่เป็นคำถามทางลบจะกลับให้คะแนนในทางตรงข้าม

คำถามทางบวก	คำถามทางลบ
ตัวเลือก ก ได้ 3 คะแนน	ตัวเลือก ก ได้ 0 คะแนน
ตัวเลือก ข ได้ 2 คะแนน	ตัวเลือก ข ได้ 1 คะแนน
ตัวเลือก ค ได้ 1 คะแนน	ตัวเลือก ค ได้ 2 คะแนน
ตัวเลือก ง ได้ 0 คะแนน	ตัวเลือก ง ได้ 3 คะแนน

**เกณฑ์การแปลผล** แบบสอบถามการปรับตัวทางจิตสังคม (Psychosocial Adjustment to Illness Scale: PAIS) มีคะแนนรวมกันอยู่ระหว่าง 0-135 คะแนน แปลผลคะแนนโดยคะแนนรวมสูง หมายถึงมีการปรับตัวได้ดี คะแนนรวมน้อย หมายถึงการปรับตัวไม่ดี คิดคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย (ประคอง กรรณสูต, 2542 อ้างถึงใน สุภาพรณ์ สังขมรรทร, 2549) มีรายละเอียดดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.00	หมายถึง มีการปรับตัวอยู่ในระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49	หมายถึง มีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 1.49	หมายถึง มีการปรับตัวอยู่ในระดับไม่ดี

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม The ENRICH Social Support Questionnaire (ESSI) แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตจะกุล (2549) เป็นเครื่องมือที่พัฒนา

เพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย มีหนึ่งมิติและไม่ได้กำหนดแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ (Emotional) การให้ข้อมูล (Information) เครื่องมือ (Instrumental) และการประเมินผล (Appraisal)

**เกณฑ์การให้คะแนน** ข้อคำถามข้อที่ 1-6 มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และเกือบตลอดเวลา แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน ส่วนข้อคำถามข้อที่ 7 เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ใช่หรือไม่ใช่ โดยในข้อคำถามข้อที่ 7 ไม่นำมาคิดคะแนน โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 0 คะแนน คือ ไม่มีเลย หมายถึง ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อนั้นเลยน้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์
- 1 คะแนน คือ มีบ้างเล็กน้อย หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
- 2 คะแนน คือ บางครั้ง หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์
- 3 คะแนน คือ เกือบตลอดเวลา หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-6 วัน/สัปดาห์
- 4 คะแนน คือ ตลอดเวลา หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 7 วัน/สัปดาห์

**เกณฑ์การแปลผล** คะแนนรวมตั้งแต่ 0-24 คะแนน คะแนนน้อย แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ คะแนนมาก แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมสูง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์, 2547) คือ

- 0-8 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมต่ำ
- 9-16 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
- 17-24 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมสูง

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินการเผชิญความเครียด

แบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

แบบเผชิญหน้ากับปัญหา จำนวน 13 ข้อ (ข้อที่ 2, 5, 11, 15, 16, 17, 22, 27, 28, 29, 31, 32 และ 34)

การจัดการกับอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ (ข้อที่ 1, 6, 9, 12, 13, 19, 21, 23 และ 24)

การจัดการกับปัญหาทางอ้อม จำนวน 14 ข้อ (ข้อที่ 3, 4, 7, 8, 10, 14, 18, 20, 25, 26, 30, 33, 35 และ 36)

**เกณฑ์การให้คะแนน** การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการใช้วิธีการเผชิญความเครียด มีระดับคะแนน 5 อันดับ ได้แก่

ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียด	เท่ากับ 1 คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดนานๆครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดบางครั้ง	เท่ากับ 3 คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดบ่อยครั้ง	เท่ากับ 4 คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดเกือบทุกครั้ง	เท่ากับ 5 คะแนน

**เกณฑ์การแปลผล** แบบสอบถามการเผชิญความเครียดมีคะแนนรวม 36-180 คะแนน การประเมินใช้การคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ โดยเปรียบเทียบส่วนของการเผชิญความเครียดโดยนำคะแนนที่ได้รายข้อรวมกันหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้น ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้าน นำค่าเฉลี่ยแต่ละด้านหารด้วยผลรวมของค่าเฉลี่ยจากทุกด้าน จะได้คะแนนสัมพัทธ์ซึ่งบอกถึงสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน ซึ่งอยู่ระหว่าง 0.01-1.00 และเมื่อเทียบกับการใช้การเผชิญความเครียดทุกด้าน คะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ยด้านใดมากแสดงถึงผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542)

#### ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉบับชุมชน (The Mishel Uncertainty in Illness Scale - Community Form) แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (อ้างถึงใน สุภาณี แก้วอำรง, 2543) ใช้ประเมินในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล มีองค์ประกอบของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4 ด้าน คือ

ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย จำนวน 9 ข้อ (ข้อที่ 1, 3, 11, 12, 13, 15, 17, 18 และ 20)

ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ (ข้อที่ 4, 5, 6, 10, 22 และ 23)

การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย จำนวน 6 ข้อ (ข้อที่ 2, 8, 9, 14, 16 และ 21)

การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค จำนวน 2 ข้อ (ข้อที่ 7 และ 19)

แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้มี 23 ข้อ แต่ละข้อจะสอบถามเกี่ยวกับกับการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

**เกณฑ์การให้คะแนน** แบบสอบถามแต่ละข้อมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ เรียงกันอย่างไม่ตั้งใจ ข้อคำถามด้านลบมีทั้งหมด 5 ข้อ คือ ข้อที่ 6, 8, 19 20 และ 22 ลักษณะคำตอบมาตรฐานวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

ระดับความรู้สึกไม่แน่นอน	การให้คะแนน	
	ข้อความถามทางบวก	ข้อความถามทางลบ
จริงที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
จริง	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่จริง	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่จริงที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

**เกณฑ์การแปลผล** คะแนนรวมอยู่ในช่วง 23-115 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง แบ่งคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยออกเป็น 3 ระดับ (สุภาณี แก้วอึ้ง, 2543) คือ

115-85 คะแนน	หมายถึง ระดับมาก
84-54 คะแนน	หมายถึง ระดับปานกลาง
53-23 คะแนน	หมายถึง ระดับต่ำ

#### ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ

แบบประเมินความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง National Institute of Health Stroke Scale ฉบับภาษาไทย (ยงชัย นิลนนท์ และคณะ, 2553) ประกอบด้วยการประเมินดังนี้ ระดับความรู้สึกตัว 3 ข้อ การเคลื่อนไหวของลูกตา 1 ข้อ การมองเห็น 1 ข้อ การควบคุมการเคลื่อนไหวของใบหน้า 1 ข้อ การเคลื่อนไหวของแขน 1 ข้อ การเคลื่อนไหวของขา 2 ข้อ การประสานงานของกล้ามเนื้อส่วนปลาย 1 ข้อ การรับความรู้สึก 1 ข้อ ความผิดปกติของการสื่อสาร 1 ข้อ ความพร้อมของการพูด 1 ข้อ การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น 1 ข้อ

**เกณฑ์การให้คะแนน** ค่าคะแนนที่ได้มาจากการประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 11 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อมีคะแนนกำกับไว้ตามความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น

**เกณฑ์การแปลผล** แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง National Institute of Health Stroke Scale คะแนนรวม 0-42 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 3 ระดับ คือ

ความรุนแรงของโรคน้อย	0-4	คะแนน
ความรุนแรงของโรคปานกลาง	5-18	คะแนน
ความรุนแรงของโรคมาก	19-42	คะแนน



## ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการรู้คิด

แบบประเมินความสามารถในการรู้คิด (Mini mental state examination: MMSE) ฉบับภาษาไทย ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) เป็นแบบคัดกรองตรวจหาความพร้อมในการทำงานของสมองด้านความรู้ความเข้าใจด้านต่างๆ ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม แบ่งเป็นหัวข้อหลัก 5 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความใส่ใจและการคำนวณ (Attention and Calculator) การระลึกได้ (recall) และภาษา (language)

**เกณฑ์การแปลผล** แบบประเมินความสามารถในการรู้คิด (Mini mental state examination: MMSE) ฉบับภาษาไทยมีคะแนนรวมของการทดสอบเท่ากับ 30 คะแนน จุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยความสามารถในการรู้คิดบกพร่อง (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9,10)
เรียนระดับประถมศึกษา	≤17	30
เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤22	30

สำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) มีคะแนนรวม 23 คะแนน โดยตัดข้อที่ไม่สามารถทำได้ออก 3 ข้อ ได้แก่

ข้อ 4 Attention/Calculation (5 คะแนน)

4.1 คิดเลขในใจ 100-7 (5 ครั้ง) หรือ

4.2 สะกดคำว่ามะนาวถอยหลัง

ข้อ 9 Write command (1คะแนน)

อ่านคำว่า “หลับตา” และทำตาม

ข้อ 10 Writing (1 คะแนน)

ให้เขียนประโยคที่มีความหมาย

จุดตัด (cut-off point) ที่สงสัยว่ามีความพร้อมความสามารถในการรู้คิดสำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา และผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา อยู่ที่คะแนน 14, 17 และ 22 ตามลำดับ หากมีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับคะแนนดังกล่าวถือว่ามีความพร้อมความสามารถในการรู้คิด

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามการปรับตัวทางจิตสังคม แบบประเมินการเผชิญความเครียด และแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสม หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้วจึงนำไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาโรคระบบประสาท จำนวน 1 คน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 คน

ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 คน

การตัดสินความตรงตามเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.80 (Polit and Hungler, 1999 อ้างถึงใน อารียวรรณ อ่วมธานี, 2557)จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามและกำหนดระดับความคิดเห็น 4 ระดับ ดังนี้

1	หมายถึง	ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย
2	หมายถึง	ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้อง
3	หมายถึง	ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้อง
4	หมายถึง	ข้อความนั้นมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผู้วิจัยนำคะแนนความสอดคล้องที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา พบว่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการปรับตัวทางจิตสังคม แบบประเมินการเผชิญความเครียด และแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เท่ากับ .80, .86 และ .78 ตามลำดับ จากนั้นนำเครื่องมือมา

พิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดยทำการปรับสำนวนภาษาในแบบสอบถามการปรับตัวทางจิตสังคมและแบบประเมินความรู้สึกล้มแน่นอนในความเจ็บป่วย โดยมีข้อคำถามผู้วิจัยปรับแก้และผ่านการเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดังนี้

**ตารางที่ 1** แสดงข้อคำถามแบบสอบถามการปรับตัวทางจิตสังคมที่ได้รับการปรับแก้

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามหลังการปรับแก้
<u>ข้อที่ 2</u> การเจ็บป่วยของคุณในครั้งนี ทำให้คุณอาจต้องดูแลเอาใจใส่ตัวเองในบางเรื่องเป็นพิเศษ ข้อใดที่อธิบายถึงการกระทำของคุณได้ดีที่สุด	การเจ็บป่วยของคุณในครั้งนี ทำให้คุณต้องดูแลเอาใจใส่ตัวเองในบางเรื่องเป็นพิเศษ ข้อใดที่อธิบายถึงการกระทำของคุณได้มากที่สุด
<u>ข้อที่ 5</u> เมื่อคนเราเจ็บป่วย แต่ละคนมักจะคาดหวังและมีเจตคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแตกต่างกันไป ข้อใดที่อธิบายความรู้สึกของคุณได้ใกล้เคียงที่สุด	เมื่อเจ็บป่วย แต่ละคนมักจะคาดหวังและมีเจตคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแตกต่างกันไป ข้อใดที่อธิบายความรู้สึกของคุณได้ใกล้เคียงที่สุด
<u>ข้อที่ 14</u> การเจ็บป่วยของคุณ ก่อให้เกิดปัญหา ระหว่างคุณกับผู้ร่วมงานหรือไม่	การเจ็บป่วยของคุณ ก่อให้เกิดปัญหา ระหว่างคุณกับผู้ร่วมงาน (ผู้ร่วมชั้นเรียน) หรือไม่
<u>ข้อที่ 17</u> การเจ็บป่วยครั้งนี้ ชัดขวางต่อการทำงานบ้าน (เช่น ทำกับข้าว รดน้ำต้นไม้ ซ่อมแซมอุปกรณ์ภายในบ้าน) ของคุณหรือไม่อย่างไร	การเจ็บป่วยครั้งนี้ ชัดขวางต่อการปฏิบัติหน้าที่ในบ้าน (เช่น ทำกับข้าว รดน้ำต้นไม้ ซ่อมแซมอุปกรณ์ภายในบ้าน) ของคุณหรือไม่อย่างไร
<u>ข้อที่ 18</u> ถ้าคุณมีปัญหาในการทำงานบ้าน ขณะเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือคุณได้หรือไม่	ถ้าคุณมีปัญหาในปฏิบัติหน้าที่ในบ้าน (เช่น ทำกับข้าว รดน้ำต้นไม้ ซ่อมแซมอุปกรณ์ภายในบ้าน) ขณะเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือคุณได้หรือไม่
<u>ข้อที่ 22</u> การเจ็บป่วย บางครั้งเป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาทางการเงินภายในครอบครัวได้ คุณมีปัญหาทางการเงินในครอบครัวหรือไม่ ตั้งแต่คุณเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	คุณมีปัญหาทางการเงินในครอบครัวหรือไม่ ตั้งแต่คุณเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อความเดิม	ข้อความหลังการปรับแก้
ข้อที่ 23 บางครั้งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น อาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพได้ การเจ็บป่วยของคุณ ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่าง คุณกับสามี หรือภรรยาหรือไม่	การเจ็บป่วยของคุณ ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่าง คุณกับสามีหรือภรรยา (คู่รัก หากยังไม่แต่งงาน) หรือไม่
ข้อที่ 24 การเจ็บป่วยครั้งนี้ ความสนใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ของคุณเป็นอย่างไร	การเจ็บป่วยครั้งนี้ ทำให้ความสนใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ของคุณเป็นอย่างไร
ข้อที่ 24 การเจ็บป่วยครั้งนี้ ความสนใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ของคุณเป็นอย่างไร	การเจ็บป่วยครั้งนี้ ทำให้ความสนใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ของคุณเป็นอย่างไร
ข้อที่ 30 ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ คุณมีความสนใจที่จะพบปะญาติของคุณที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกันหรือไม่	ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ คุณมีความต้องการที่จะพบปะญาติของคุณที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกันหรือไม่

**ตารางที่ 2 แสดงข้อความแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้รับการปรับแก้**

ข้อความเดิม	ข้อความหลังการปรับแก้
ข้อที่ 4 ความไม่สุขสบายของคุณไม่ชัดเจนว่ามีมากน้อยเพียงใด	คุณบอกไม่ได้ว่าความไม่สุขสบายของคุณมีมากน้อยเพียงใด
ข้อที่ 5 คุณไม่ค่อยเข้าใจคำอธิบายของหมอหรือพยาบาลในเรื่องความเจ็บป่วยของคุณ	คุณไม่ค่อยเข้าใจคำอธิบายของแพทย์หรือพยาบาลในเรื่องความเจ็บป่วยของคุณ
ข้อที่ 8 คุณเข้าใจคำอธิบายที่ได้รับทุกอย่าง	คุณเข้าใจคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาและบริการทุกอย่าง
ข้อที่ 16 ผลตรวจหลายอย่างของคุณไม่สอดคล้องกัน	คุณรู้สึกว่าผลตรวจหลายอย่างของคุณไม่สอดคล้องกัน
ข้อที่ 20 เป็นที่รู้กันอยู่แล้วว่าการรักษาที่คุณได้รับอยู่น่าจะเป็นผล	เป็นที่รู้กันอยู่แล้วว่าการรักษาที่คุณได้รับอยู่น่าจะเป็นผลดีอย่างเต็มที่
ข้อที่ 22 คุณทราบความรุนแรงของความเจ็บป่วยของคุณ	คุณเข้าใจชัดเจนว่าความเจ็บป่วยของคุณรุนแรงเพียงใด
ข้อที่ 23 แพทย์และพยาบาลพูดด้วยภาษาง่ายๆ ที่คุณเข้าใจได้	แพทย์และพยาบาลพูดเกี่ยวกับการรักษาและการรับบริการด้วยภาษาง่ายๆที่คุณเข้าใจได้

### การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปรับตัวทางจิตสังคม แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการเผชิญความเครียด และแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ไปทดลองใช้กับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีเกณฑ์การพิจารณา .80 ขึ้นไป (Burn and Grove, 2005) ผลมีค่าเท่ากับ .955, .918, .866 และ .909 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์พุทธชินราช และผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยขอหนังสืออนุมัติจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือวิจัยส่งถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เพื่อขออนุมัติการทำวิจัยจากโรงพยาบาล

3. เมื่อได้รับผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยอนุมัติให้ทำการวิจัย และได้รับอนุญาตในการดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

3.1 ก่อนเก็บข้อมูล 1 วัน ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและศัลยกรรมโรคระบบประสาทที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

3.2 วันเก็บข้อมูลผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง และญาติ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

3.3 เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยการจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งในสถานที่ซึ่งจัดเตรียมไว้ โดยเริ่มจากการอธิบายถึงการตอบแบบสอบถามให้ผู้ป่วยอ่านข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/ Participant Information sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้ว ให้ลงลายมือชื่อใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง

หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form) ผู้วิจัยทำการประเมินความรุนแรงของอาการและความสามารถในการรู้คิด แล้วให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามด้วยตนเองกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ โดยกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 45 - 60 นาที

3.4 อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าในขณะที่ยังตอบแบบสอบถามไม่เสร็จสมบูรณ์แต่ถึงคิวตรวจ ให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจก่อน และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามใหม่หลังได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้วหรือระหว่างรอรับบัตรนัดหรือยา

3.5 เมื่อผู้ป่วยทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ถ้ายังขาดข้อใดผู้วิจัยหาเพิ่มเติมให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ บางคำตอบอาจได้มาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่แพทย์และพยาบาลบันทึกไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลให้ได้ข้อมูลครบสมบูรณ์ 110 ชุด

3.6 กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและญาติ

4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2558 - เมษายน 2559 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 110 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### **จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์สำหรับกลุ่มตัวอย่างได้รับการพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร รหัสโครงการ 385/58 และโรงพยาบาลศูนย์พุทธชินราช รหัสโครงการ 087/58 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างคือ การแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ขั้นตอนและระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้ทราบสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาลแต่อย่างใด ให้สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองในการร่วมการวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง หากเกิดอาการหรือการเจ็บป่วยรุนแรงขณะตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะประสานงานกับพยาบาลและแพทย์เพื่อให้การรักษาทันที คำตอบและข้อมูลในแบบสอบถามถือเป็นความลับและไม่มี การเปิดเผยแก่สาธารณชน และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะใช้เพื่อการศึกษาตามวัตถุประสงค์เพื่อการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิดของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์วิธีการเผชิญความเครียดแต่ละวิธีโดยใช้คะแนนสัมพัทธ์
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด กับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
5. ศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด กับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยคัดสรรได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด ต่อการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทำนาย จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่มารับการตรวจติดตามอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมระบบประสาทและ ศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลพุทธชินราชและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร คัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2559 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำอธิบาย ดัง รายละเอียดต่อไปนี้

**ตอนที่ 1** การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 3

**ตอนที่ 2** การวิเคราะห์การปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4

**ตอนที่ 3** การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 5 - 13

**ตอนที่ 4** การวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัยได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด กับ การปรับตัวของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงไว้ในตารางที่ 14 - 16



ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

### 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (n = 110)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (n = 110)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	49	44.5
หญิง	61	55.5
<b>อายุ (ปี)</b>		
18 - 30 ปี	2	1.8
31 - 40 ปี	18	16.4
41 - 50 ปี	53	48.2
51 - 59 ปี	37	33.6
$(\bar{X} = 46.85, SD = 7.062)$		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	25	22.7
หม้าย	6	5.5
คู่	74	67.3
แยกกันอยู่	5	4.5

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (n = 110)	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	28	25.5
มัธยมศึกษา	24	21.8
ปวส./ปวช.	35	31.8
ปริญญาตรี	18	16.4
มากกว่าปริญญาตรี	5	4.5
<b>อาชีพ</b>		
กิจการส่วนตัว	12	10.9
ค้าขาย	20	18.2
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	30	27.3
เกษตรกรรม	18	16.4
รับจ้างทั่วไป	17	15.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13	11.8
<b>รายได้ของครอบครัว (บาท)</b>		
< 10,000	34	30.9
10,001 – 20,000	46	41.8
20,001 – 30,000	13	11.8
30,001 – 40,000	4	3.6
40,001 – 50,000	9	8.2
> 50,001	4	3.6

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (n = 110)	ร้อยละ
<b>ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง</b>		
โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	71	64.5
โรคหลอดเลือดสมองแตก	39	35.5
<b>ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (เดือน)</b>		
< 3 เดือน	7	6.4
4 – 6 เดือน	17	15.5
7 – 12 เดือน	49	44.5
13 -18 เดือน	23	20.9
19 – 24 เดือน	14	12.7

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 41 – 50 ปี ( $\bar{X} = 46.85, SD = 7.062$ ) สถานภาพคู่ ระดับการศึกษา ปวส./ปวช. รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน อยู่ระหว่าง 10,0001 – 20,000 บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ส่วนมากอยู่ในช่วง 7 – 12 เดือน รองลงมาคือ 13 -18 เดือน

## ตอนที่ 2 การวิเคราะห์การปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง รายด้านและโดยรวม (n = 110)

การปรับตัว	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านภาวะสุขภาพ	2.52	.42	ดี
ด้านอาชีพการงาน	2.25	.73	ปานกลาง
ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	2.58	.39	ดี
ด้านสัมพันธภาพทางเพศ	2.21	.82	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างกัน	2.83	.29	ดี
ด้านสภาพแวดล้อมในสังคม	2.32	.77	ปานกลาง
ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ	2.53	.64	ดี
โดยรวม	2.51	.48	ดี

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.51 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้านภาวะสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างกัน และด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ อยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.52, 2.58, 2.83 และ 2.53 ตามลำดับ และการปรับตัวด้านอาชีพการงาน ด้านสัมพันธภาพทางเพศ และด้านสภาพแวดล้อมในสังคม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.25, 2.21 และ 2.32 ตามลำดับ การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้านที่มีค่าคะแนนสูงสุด คือ ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างกัน และด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ ด้านสัมพันธภาพทางเพศ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและต่ำสุดของการสนับสนุนทางสังคม (n = 110)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD	Max	Min
คะแนนการสนับสนุนทางสังคม	18.81	5.54	24	4

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนรวมการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (คะแนน 17-24 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมสูง) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.81 คะแนน (SD = 5.54) คะแนนสูงสุด 30 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 10 คะแนน

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเผชิญความเครียด (n = 110)

ด้านการเผชิญความเครียด	$\bar{X}$	SD
แบบเผชิญหน้ากับปัญหา	36.84	9.64
การจัดการกับอารมณ์	20.21	9.34
การจัดการกับปัญหาทางอ้อม	36.92	7.95

ตารางที่ 5 ค่าคะแนนสัมพัทธ์การเผชิญความเครียด (n = 110)

ด้านการเผชิญความเครียด	คะแนนสัมพัทธ์
แบบเผชิญหน้ากับปัญหา	.36
การจัดการกับอารมณ์	.28
การจัดการกับปัญหาทางอ้อม	.34

จากตารางที่ 6 และ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด ค่าคะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ยเท่ากับ .36 รองลงมา คือ การจัดการกับปัญหาทางอ้อม และใช้การจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านเท่ากับ .36, .34 และ .28 ตามลำดับ

**ตารางที่ 6** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (n = 110)

ความรู้สึกไม่แน่นอน	$\bar{X}$	SD
ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย	18.53	6.37
ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการสุขภาพ	14.17	3.18
การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย	11.80	3.69
การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค	5.25	1.40
คะแนนรวม	49.76	12.62

**ตารางที่ 7** ค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (n = 110)

ความรู้สึกไม่แน่นอน	คะแนนเฉลี่ย
ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย	2.05
ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการสุขภาพ	2.36
การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย	0.01
การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค	2.62

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ (53-23 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ) โดยมีค่าเฉลี่ย 49.76 คะแนน (SD=12.62)

จากตารางที่ 9 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 รองลงมาคือด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการสุขภาพ และด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 และ 2.05 ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.01

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของระดับความรุนแรงของอาการ (n = 110)

ความรุนแรงของอาการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดับเล็กน้อย	102	92.7
ระดับปานกลาง	8	7.3

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและต่ำสุดของความรุนแรงของอาการ (n = 110)

ความรุนแรงของอาการ	$\bar{X}$	SD	Max	Min
คะแนนรวม	2.01	1.77	11	0

จากตารางที่ 10 และ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรุนแรงของอาการระดับเล็กน้อย ร้อยละ 92.7 และระดับปานกลาง ร้อยละ 7.3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรุนแรงของอาการมีเฉลี่ย 2.01 คะแนน คะแนนสูงสุด 11 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของคะแนนความปกติและผิดปกติความสามารถในการรู้คิด (n=110)

ความสามารถในการรู้คิด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ปกติ	106	93.4
ผิดปกติ	4	3.6

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและต่ำสุดของความสามารถในการรู้คิด (n=110)

ความสามารถในการรู้คิด	$\bar{X}$	SD	Max	Min
คะแนนรวม	28.03	1.71	30	18

จากตารางที่ 12 และ 13 พบว่า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการรู้คิดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 93.4 และมีความผิดปกติ ร้อยละ 3.6 โดยมีคะแนนความสามารถในการรู้คิดเฉลี่ย 28.03 คะแนน คะแนนสูงสุด 30 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 18 คะแนน

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิดในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. การปรับตัว	1.00							
2. การสนับสนุนทางสังคม	.309**	1.00						
3. การเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา	.240**	.238*	1.00					
4. การเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์	-.159*	-.303**	-.755**	1.00				
5. การเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อม	-.031	.200*	.050	-.670**	1.00			
6. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	-.252**	-.432*	-.119	.196*	-.170	1.00		
7. ความรุนแรงของอาการ	-.101	.053	.198*	-.201*	.085	-.035	1.00	
8. ความสามารถในการรู้คิด	.054	-.160	-.031	.094	-.112	.162	-.564*	1.00

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

จากตารางที่ 14 พบว่า

1) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .309$ )

2) การเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .240$ )



3) การเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.159$ )

4) ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.252$ )

5) การเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อม ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิดไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

**ตอนที่ 4 การศึกษาความสามารถในการทำนายของการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิดต่อการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)**

**ตารางที่ 13** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ( $R^2$ ) และค่าทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การทำนาย ที่เพิ่มขึ้น ( $R^2$  change) ในการทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 110 คน ( $n=110$ )

ลำดับขั้น / ตัวแปรทำนาย	R	$R^2$	$R^2$ change	F	P-value
การสนับสนุนทางสังคม	.309	.095	.095	11.362	.001

จากตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยใช้วิธีแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรเพียงตัวเดียวที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ และสามารถอธิบายความแปรปรวนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ ( $R^2 = .095$ ) ซึ่งหมายถึง การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 9.5

**ตารางที่ 14** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 110 คน (n=110)

ตัวแปรทำนาย	b	S.E <sub>b</sub>	Beta	t	P-value
การสนับสนุนทางสังคม	1.216	.361	.309	3.371	.001
Constant = 80.555		R <sup>2</sup> = 9.5			

จากตารางที่ 16 พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม โดยค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรพยากรณ์ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ในรูปคะแนนดิบเท่ากับ 1.216 มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานเท่ากับ .309 และมีอำนาจการทำนายคุณภาพการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 9.5 ซึ่งสามารถสร้างสมการทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ดังนี้

#### สมการทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

$$\text{การปรับตัว} = 80.555 + 1.216(\text{การสนับสนุนทางสังคม})$$

#### สมการมาตรฐานทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

$$\text{การปรับตัว} = .309(\text{การสนับสนุนทางสังคม})$$

จากสมการทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแสดงให้เห็นว่า เมื่อการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้การปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 1.216 คะแนน ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด ต่อการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด ต่อการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ที่มาติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมระบบประสาท และศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคเหนือตอนล่างในช่วงเดือนธันวาคม 2558 ถึงเดือนเมษายน 2559 เลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้การจัดลำดับของการรอรับบริการตรวจรักษาในวันและเวลาที่แผนกผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาลเปิดให้บริการและอนุญาตให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยศึกษาแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเก็บข้อมูลจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวัน การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thondike ขนาดตัวอย่างเท่ากับ  $10(6)+50 = 110$  ราย โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (ไม่จำกัดความรุนแรงของอาการเมื่อ admit)
2. ระดับความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
3. มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 30 วัน ถึง 2 ปี
4. สามารถสื่อสารได้เข้าใจด้วยภาษาไทย
5. ไม่มีความผิดปกติด้านจิตประสาท และไม่มีประวัติภาวะสมองเสื่อมหลังเกิด

โรคหลอดเลือดสมอง (post stroke dementia)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามมี 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปรับตัวทางจิตสังคม ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 4 แบบประเมินการเผชิญความเครียด ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความ

เจ็บป่วย ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการรู้คิด โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงด้วยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน

จากนั้นนำแบบประเมินที่ 2 – 5 คือ แบบสอบถามการปรับตัวทางจิตสังคม แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการเผชิญความเครียด และแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต ไปตรวจสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95, .91, .86 และ .90 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และข้อวินิจฉัยชนิดของโรคหลอดเลือดสมองวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิดของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์วิธีการเผชิญความเครียดแต่ละวิธีโดยใช้คะแนนสัมพัทธ์

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด กับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

5. ศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด กับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

## สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาถึงอำนาจการทำนายของปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด กับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 คน พบว่า เป็นเพศชายจำนวน 49 คน (ร้อยละ 44.5) และเพศหญิงจำนวน 61 คน (ร้อยละ 55.5) ส่วนมากมีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี (ร้อยละ 53) อายุเฉลี่ย 46.85 ปี (SD = 7.062) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 74) ระดับการศึกษาปวช./ปวส. (ร้อยละ 35) รองลงมาคือ ประถมศึกษา (ร้อยละ 28) ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 30) รองลงมาคือ ค้าขาย (ร้อยละ 20) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนมากอยู่ระหว่าง 10,000 – 20,000 บาท (ร้อยละ 46) รองลงมา คือ < 10,000 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 21,000 บาท

2. พบว่ากลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันจำนวน 71 ราย (ร้อยละ 64.5) และชนิดหลอดเลือดสมองแตกจำนวน 39 ราย (ร้อยละ 35.5) ระยะเวลาเจ็บป่วยหลังเกิดโรคตั้งแต่ 2 – 23 เดือน ส่วนมากอยู่ระหว่าง 7 – 12 เดือน (ร้อยละ 49) รองลงมา คือ ระหว่าง 13 – 18 เดือน ระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 10.82 เดือน

3. การปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม มีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.51 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้านภาวะสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธ์ภาพกับญาติที่อยู่ห่างกัน และด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ อยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.52, 2.58, 2.83 และ 2.53 ตามลำดับ และการปรับตัวด้านอาชีพการงาน ด้านสัมพันธ์ภาพทางเพศ และด้านสภาพแวดล้อมในสังคม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.25, 2.21 และ 2.32 ตามลำดับ การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้านที่มีค่าคะแนนสูงสุด คือ ด้านสัมพันธ์ภาพกับญาติที่อยู่ห่างกัน และด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ ด้านสัมพันธ์ภาพทางเพศ

4. การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา ความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง การเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ และความรู้สึกไม่แน่นอน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ( $p < .05$ ) ส่วนปัจจัยการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อม ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ( $p > .05$ )

5. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ในการทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือด

สมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 9.5 ซึ่งสร้างสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

การปรับตัว = .309(การสนับสนุนทางสังคม)

### อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย จะนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

#### 1. วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับดี สามารถปรับตัวต่อความเจ็บเจ็บป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาดา กา สิวงค์ (2545) ที่พบว่าผู้ป่วยสโตรคมีพฤติกรรมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพเป็นส่วนใหญ่ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้านภาวะสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างกัน และด้านความไม่สบายทางจิตใจ อยู่ในระดับดี และการปรับตัวด้านอาชีพการงาน ด้านสัมพันธภาพทางเพศ และด้านสภาพแวดล้อมในสังคม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างกันสูงที่สุด และมีคะแนนการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้านสัมพันธภาพทางเพศต่ำที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านได้ ดังนี้

ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน จากผลการศึกษา พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้านอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนการปรับตัวเฉลี่ยสูงที่สุด แสดงถึงผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวที่อยู่บ้านเดียวกัน สมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆภายในบ้านที่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถปฏิบัติได้หรือปฏิบัติได้ลดลง ทำให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้านได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ศิริวรราชัย (2536) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของ วราลักษณ์ ทองใบปราสาท (2550) พบว่าการดูแลเอาใจใส่ ความเอื้ออาทรจากครอบครัว เป็นปัจจัยส่งเสริมการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านภาวะสุขภาพ จากผลการศึกษา พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี แสดงถึงผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ดูแลเอาใจใส่ตัวเองในการดูแลสุขภาพ สนใจและใส่ใจในความเจ็บป่วย พยายามปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างชัดเจน มีความคิดเชื่อมั่น

ว่าได้รับการรักษาและการดูแลที่ดีจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความหวังและเชื่อมั่นว่าสามารถเอาชนะปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ สามารถฟื้นฟูกลับไปสู่สภาวะเดิมก่อนการเจ็บป่วยหรือใกล้เคียงมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ รจน์ เฟ็งแก้ว (2551) พบว่าผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวโดยการเคลื่อนไหวร่างกายที่อ่อนแรง พยายามช่วยเหลือตัวเอง จัดทำหรือหาอุปกรณ์ช่วยเหลือ การรักษาของแพทย์ทางเลือกหรือแผนไทย การเลือกอาหารที่รับประทาน และป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุหกล้ม ปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟู

ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างกัน จากผลการศึกษา พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างกันอยู่ในระดับดี ยังมีการติดต่อสื่อสารและให้ความช่วยเหลือกันกับญาติที่ไม่ได้อยู่บ้านเดียวกันอย่างต่อเนื่องเหมือนก่อนการเจ็บป่วย ห่วงใยความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง แสดงถึงสัมพันธภาพที่ดีกับญาติที่อยู่ห่างกัน

ด้านความไม่สุขสบายทางใจ จากผลการศึกษา พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางใจอยู่ในระดับดี ไม่มีความรู้สึกตึงเครียด กังวลใจ โกรธ หงุดหงิดง่าย ควบคุมตนเองไม่ได้ ตำหนิตนเอง รู้สึกผิด เศร้า หรือมีเพียงเล็กน้อย เนื่องจากผ่านการเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลันสามารถปรับตัวยอมรับกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นได้ มีความเชื่อมั่นในการรักษาและมีความหวังในการกลับไปสู่สภาวะเดิมก่อนการเจ็บป่วย และผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากมีความรุนแรงของอาการในระดับเล็กน้อย ทำให้กระทบต่อภาพลักษณ์ของตนเองน้อย ซึ่งจากการศึกษาของ รจน์ เฟ็งแก้ว (2551) พบว่าผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปรับตัวโดยการทำให้ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีปัจจัยคือ กำลังใจ บุญความดีที่ทำไว้ในอดีต ความหวัง การคิดและมองโลกในแง่ดี จากการศึกษาประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ระยะเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยมีสร้างกำลังใจ และการทำใจ เพื่อจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น (กรินทร์นาฏ บุญชู, 2554)

ด้านอาชีพการงาน จากผลการศึกษา พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวด้านอาชีพการงานอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งในระยะแรกหลังเกิดโรคผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต้องหยุดงานที่เคยทำอยู่ บางรายต้องหยุดงานเป็นระยะเวลานานซึ่งขึ้นกับความรุนแรงของพยาธิสภาพที่เกิดมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ในการประกอบอาชีพเพียงใด เมื่อสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองบางรายไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่เดิมได้ ต้องเปลี่ยนแปลงหน้าที่ตามพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น และบางรายยังไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ ซึ่งผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักมีทางเลือกในอาชีพมีน้อย (Williams and Murray, 2013) จากการศึกษาของ วราลักษณ์ ทองใบปราสาท (2550) การปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสภาพร่างกาย การดำรงชีพอย่างประหยัดเพื่อลดภาระครอบครัว และจากการศึกษาของ

สุชาติ กาสิงค์ (2545) พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะมีความสามารถในการทำงานลดลง

ด้านสภาพแวดล้อมในสังคม จากผลการศึกษา พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมในสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สามารถร่วมกิจกรรมต่างๆได้ตามเดิม ทั้งการร่วมกิจกรรมกับเพื่อน เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัด ร่วมกิจกรรมในชุมชน เป็นต้น ไม่สามารถทำงานอดิเรกและกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัวบางอย่างได้ตามเดิม เนื่องจากพยาธิสภาพที่หลงเหลืออยู่และสภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองพบความเปลี่ยนแปลงในสัมพันธ์ของเพื่อน ขาดสังคมที่เคยมี (กวิทร์นาฏ บุญชู, 2554; รจน์ เฟิงแก้ว, 2551)โอกาสเข้าร่วมสังคมและการเข้าถึงการติดต่อสื่อสารต่างๆ รู้สึกเหมือนต้องติดอยู่แต่ในบ้าน (Williams and Murray, 2013) จากการศึกษาของ สุชาติ กาสิงค์ (2545) พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะไม่สามารถดำรงบทบาทในสังคมได้

ด้านสัมพันธ์ทางเพศ จากผลการศึกษา พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวด้านสัมพันธ์ทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากไม่มีเพศสัมพันธ์หรือมีเพศสัมพันธ์ลดลงหลังเกิดโรค บางรายไม่มีเพศสัมพันธ์อยู่แล้วก่อนเกิดโรคจึงไม่รู้สึกรู้สึกมีปัญหาการปรับตัวด้านนี้ ซึ่งผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักมีเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (กองพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย, 2554) โดยความถี่ของการร่วมเพศลดลง ครั้งหนึ่งไม่มีการร่วมเพศในระหว่างที่ยังมีการตรวจรักษาเพิ่มเติมมีเพียง 15% ที่ยังคงมีเพศสัมพันธ์ (Sjögren and Fugl-Meyer, 1982)

ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปรับตัวได้ดีโดยการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ยอมรับ การเจ็บป่วย พยายามช่วยเหลือตนเอง ดูแลสุขภาพของตนเอง ป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุ รับประทานยาและไปพบแพทย์ มีการปรับบทบาทในการดำรงชีวิต ปรับแบบแผนการใช้จ่าย ปรับตัวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพ (วรลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2550) แต่หากผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถยอมรับสภาพความเจ็บป่วยได้ มีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย และการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ไม่เหมือนปกติ มีความรู้สึกอายน่าและรู้สึกไม่ดีเกี่ยวกับร่างกายตนเอง (รจน์ เฟิงแก้ว, 2551; วรลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2550) ส่งผลให้การปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ (วรลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2550) รบกวนต่อการรักษาและฟื้นฟูบำบัดทางกาย ผู้ดูแลเหนื่อยมากขึ้น ผู้ป่วยมีอัตราตายสูง (กองพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2554)



2. วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด ต่อการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

1) การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีค่าคะแนนรวมการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.81 คะแนน (คะแนน 17-24 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมสูง) โดยคะแนนสูงสุด 30 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 10 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .309$ ) ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Glass and Maddox (1992) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Kessler และคณะ (2009) พบว่าการสนับสนุนที่ได้รับจากผู้อื่น มีผลกระทบต่อการทำงาน บทบาทในครอบครัว สุขภาพและการเจ็บป่วย การจำแนกแยกแยะ การฟื้นฟูสภาพ และการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย Rochette (2006) พบว่าการเข้าถึงแหล่งประโยชน์มีความสัมพันธ์กับกระบวนการปรับตัวของผู้ป่วยหลังเกิดโรค วราลักษณ์ ทองใบปราสาท (2550) พบว่า การดูแลเอาใจใส่ ความเอื้ออาทรจากครอบครัว ปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิภา ลิ้มสกุล (2545) พบว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2) การเผชิญความเครียดกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัย พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด ค่าคะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ยเท่ากับ .3677 รองลงมา คือ การจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ และใช้การจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด โดยมีค่าคะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ยเท่ากับ .3448 และ .2875 ตามลำดับ การเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .240$ ) การเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.159$ ) การเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bronstein (1991) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ปัญหาจะมีคะแนนการปรับตัวอยู่ในระดับสูง Burton (2000) พบว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือความสามารถในการเผชิญ

ปัญหา Livneh และคณะ (2005) พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวและการยอมรับความพิการที่เกิดขึ้น การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความพิการที่เกิดขึ้น Williams และ Murray (2013) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้กลยุทธ์หลากหลายในการเผชิญความเครียดช่วยให้เขาผ่านช่วงเวลาที่แย่มากและอยู่กับข้อจำกัดที่ตนเองมีได้

### 3) ความรู้สึกไม่แน่นอนกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัย พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ (53-23 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ) โดยมีค่าเฉลี่ย 49.76 คะแนน (SD=12.62) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 รองลงมาคือด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการสุขภาพ และด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 และ 2.05 ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.01 ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.252$ ) สอดคล้องกับธัญพร ชื่นกลิ่น (2543) พบว่าในระยะก่อนการรับรู้การเป็นอัมพาตก่อนแล้ว ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสงสัยไม่รู้ว่าตนเองเป็นอะไร และสอดคล้องกับหลายการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวในผู้ป่วย (จุฬาลักษณ์ กวีวิรัชย์, 2536; จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536; สุมาพร บรรณสาร, 2545)

### 4) ความรุนแรงของอาการกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัย พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนความรุนแรงของอาการระดับเล็กน้อย ร้อยละ 92.7 และระดับปานกลาง ร้อยละ 7.3 คะแนนความรุนแรงของอาการมีเฉลี่ย 2.01 คะแนน คะแนนสูงสุด 11 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน ความรุนแรงของอาการไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการระดับเล็กน้อย ไม่เกิดความพร่องของร่างกายสมองมากนัก ยังสามารถดำรงชีวิตใกล้เคียงกับก่อนเจ็บป่วย

### 5) ความสามารถในการรู้คิดกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัย พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการรู้คิดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 93.4 และมีความผิดปกติ ร้อยละ 3.6 โดยมีคะแนนความสามารถในการรู้คิดเฉลี่ย 28.03 คะแนน คะแนนสูงสุด 30 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 18 คะแนน ความสามารถ

ในการรู้คิดไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hofgren และคณะ (2007) และ Hommel และคณะ (2009) ที่พบว่าความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการกลับไปประกอบอาชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงาน ผู้ป่วยที่มีความพร้อมด้านภาษากลับเข้าทำงานได้ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยไม่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด ยังมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ปัญหาต่างๆได้ใกล้เคียงกับก่อนเจ็บป่วย

**6) อำนาจการทำนายของการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด ต่อการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง**

จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ในการทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 9.5 กล่าวคือ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีการปรับตัวดีขึ้น ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพร้อมหลงเหลืออยู่ ทำให้เกิดปัญหาให้ต้องปรับตัวหลายด้าน โรคหลอดเลือดสมองเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันหันความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เป็นเรื่องยากที่จะทำใจยอมรับกับการไร้ความสามารถระยะยาวกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ ส่งผลในการเข้าร่วมสังคมน้อยลง เกิดความคับข้องใจและรู้สึกว่าถูกจำกัด ไม่สามารถทำในสิ่งที่ชอบได้เหมือนเดิม (Williams & Murray, 2013) เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ ท้อแท้ สิ้นหวัง อาย สูญเสียความพึงพอใจในตนเอง ไม่มั่นใจ ไม่มั่นคงในตนเอง วิตกกังวล (วราลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2550) เกิดความเปลี่ยนแปลงในสัมพันธ์ของเพื่อน ชาดสังคมที่เคยมี (กวิรินทร์ นานู บุญชู, 2554; รจน์ เฟิงแก้ว, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยูพาพร โอฬาริกพันธ์ (2541) พบว่า ผู้ป่วยสโตรคที่เข้ากลุ่มระดับประคองมีการปรับตัวโดยรวม การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านกรพึงพาระหว่างกันดีกว่าผู้ป่วยสโตรคที่ไม่ได้เข้ากลุ่มระดับประคอง กาญจนา ศิริวรราชัย (2536) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Glass and Maddox, 1992) Kessler และคณะ (2009) พบว่าการสนับสนุนที่ได้รับจากผู้อื่น มีผลกระทบต่อการทำงาน บทบาทในครอบครัว สุขภาพและการเจ็บป่วย การจำแนกแยกแยะ การฟื้นฟูสภาพ และการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย Rochette (2006) พบว่าการเข้าถึงแหล่งประโยชน์มีความสัมพันธ์กับกระบวนการปรับตัวของผู้ป่วยหลังเกิดโรค วราลักษณ์ ทองใบปราสาท

(2550) พบว่า การดูแลเอาใจใส่ ความเอื้ออาทรจากครอบครัว ปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิชา ลิ้มสกุล (2545) การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังนั้นหากผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำก็จะทำให้การปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองไม่ดีไปด้วย ดังนั้นเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพจึงต้องให้ความสำคัญในการช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีหารปรับตัวที่ดีต่อไป

#### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

อาจศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยด้านอื่นๆที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความเชื่อในบุคลากรสุขภาพ รวมถึงการศึกษาเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงของอาการมาก

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- กองพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย. (2554). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2554*. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษณา ทิรเวช. (2552). *การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กวิรินทร์นาถ บุญชู. (2554). *ประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ระยะเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กาญจนา บุญทับ. (2534). *ปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจนา ศิริวรราชัย. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2547). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท เอส. ที. เพรส จำกัด.
- คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542. *แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002*. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์. (2536). *แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทนา หล่อตจะกุล. (2549). *การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไทยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬาลักษณ์ กวีวิรัชชัย. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในการ*

- เจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชญากุล นิตเกษมกุล. (2556). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณันทิยา คามรัมย์. (2555). *ปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คารณี สุวพันธ์ และ วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์. (2551). *ก้าวทันโรคหลอดเลือดสมอง*. สงขลา : ขานเมืองการพิมพ์.
- ดวงทิพย์ บินไทยสงค์. (2556). *ปัจจัยสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล. (2533). *ผลของการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธัญพร ชื่นกลิ่น. (2542). *ประสบการณ์การมีชีวิตรอยู่อย่างเป็นอัมพาตท่อนล่าง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นงนภัส พันธุ์แจ่ม. (2549). *ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่วมกับการบริหารสมอง ต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทกา ภัคดีพงษ์. (2553). *ภาวะพร่องของสมรรถภาพสมองของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตยา สุทธยากร. (2531). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา กับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

- นิพาพร ภิญโญศรี. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิรัชรา จ้อยชู, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และวิชชุดา เจริญกิจการ. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน. *รวมาริบัติพยาบาลสาร* : 20(3), 236-248.
- นิรุบล วัฒนาวารินทร์. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยกับการเผชิญความเครียดในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์. (2533). ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปติมา เชื้อตาลี. (2547). ผลของการให้ข้อมูลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปทุมทิพย์ อดุลย์วัฒนศิริ. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกสมองต่อความสามารถด้านสมาธิและความจำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภัสสร สมศรี. (2549). ผลของการสร้างพลังอำนาจ ต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผกามาศ อ่อนขาว. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงแสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเลื่อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรชัย สติธิปัญญา. (2551). การฟื้นคืนจากโรคหลอดเลือดสมอง. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- พรนิภา ลีละธนาฤกษ์. (2542). ผลการใช้สื่ออารมณ์ขันที่มีต่อความเจ็บปวดและความเครียดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรพิมล อ่ำพิจิตร. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงผกา กรีทอง. (2550). โมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มณฑา ลิมทองกุล. (2535). ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน และวิธีการเผชิญกับปัญหา ขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อในผู้ที่มีก้อนบริเวณเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มุกดา คุณาวัฒน์. (2535). ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง และการปรับตัวในสังคมของผู้ป่วยจอประสาทตาต้อกระจก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยงชัย นีละนนท์ และคณะ. (2553). การศึกษาความเที่ยงตรงของแบบวัดความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง National Institute of Health Stroke Scale ภาคภาษาไทย (NIHSS-T). *จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์* 93(1) : 171-178.
- ยุพาพร โอฬาริกพันธ์. (2541). กลุ่มระดับประคองต่อการปรับตัวของผู้ป่วยสโตรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รจัน เพ็งแก้ว. (2551). การปรับตัวในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งนภา เตชะกิจโกศล. (2552). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วรลักษณ์ ทองใบปราสาท. (2550). ประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด



เลือดสมองที่อาศัยในตำบลแสนตอ อำเภอขามเฒ่าลักษ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.

วีณา ลิ้มสกุล. (2545). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศรณรินทร์ กาญจนะโนพินิจ, สุวิทย์ เจริญศักดิ์ และฐิติวี แก้วพรสวรรค์. (2557). การศึกษาคุณสมบัติการวัดของแบบคัดกรอง Cognistat ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 59(4) : 409-418.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2554). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ. กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2555). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2551). แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. กระทรวงสาธารณสุข.

สายนาท พลไชโย. (2543). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2557). รายงานฉบับสมบูรณ์ การศึกษาความแตกต่างระหว่างสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลของบริการโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์: การศึกษาเชิงปริมาณ. กรุงเทพฯ. กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2557). จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ ปี พ.ศ. 2554-2555 อัตราต่อแสนประชากร. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2559). รายงานประจำปี 2558. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการร่วมพิภพองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

สิริลักษณ์ วรธนะพงษ์. (2539). วิธีการปรับแก้และการปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุจรรยา โลหาชีวะ. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุชาดา กาสีวงศ์. (2545). *การปรับตัวของผู้ป่วยสตรีโรค*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุภาณี แก้วธำรงค์. (2543). *ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอส แอ อี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพ อารีเอื้อ. (2540). *ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมาพร บรรณสาร. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาภรณ์ สังขมรรทร. (2549). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรางค์ เป็รื่องเดช. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อลิสรา เตชะไพฑูริย์, วิษณุ กัมทรทิพย์ และอรฉัตร โตทยานนท์. (2543). *สมรรถภาพสมองของผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง*. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู* 9(3) : 120-124.
- อ้อมใจ สิทธิจำลอง. (2542). *แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวทางจิตสังคมของสตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรุพันธ์ อนุฉุณินาวิน. (2539). *การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยสถาบันประสาทวิทยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อุไรวรรณ สาสังข์. (2548). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมปรับตัวของผู้ป่วยเอส แอล อี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุษา เอี่ยมสังข์. (2546). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

## ภาษาอังกฤษ

- Anema, C., Johnson, M., Zeller, J. M., Fogg, L., and Zetterlund, J. (2009). Spiritual well-being in individuals with fibromyalgia syndrome: relationships with symptom pattern variability, uncertainty, and psychosocial adaptation. *Research and Theory of Nursing Practice* 23(1) : 8-22.
- Bertram, M. Y., Katzenellenbogen, J., Vos, T., Bradshaw, D., and Hofman, K. J. (2013). The disability adjusted life years due to stroke in South Africa in 2008. *International Journal of Stroke* 8 : 76-80.
- Brandt, P. A., and Weinert, C. (1981). The PRQ-A Social Support Measure. *Nursing Research* 30(5) : 277-80.
- Bronstein, K. S. (1991). Psychosocial components in stroke : Implication for adaptation. *Nursing Clinical of North America* 26(4), 1007-1017.
- Burton, C. R. (2000). Living with stroke: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing* 32(2) : 301-309.
- Cecep Eli Kosasih. (2004). *The lived experience of stroke survivors in Bandung, Indonesia*. Master's Thesis Department of Nursing Graduate School Prince of Songkla University.
- Christman, N. J. (1990). Uncertainty and Adjustment During Radiotherapy. *Nursing Research* 39(1) : 17-20.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine* 38(5) : 300-314.
- Cohen, S., and Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin* 98(2) : 310-357.
- Comaroff, J., and Maguire, P. (1981). Ambiguity and the search for meaning: Childhood leukaemia in the modern clinical context. *Social Science & Medicine Part B: Medical Anthropology* 15(2) : 115-123.
- Davis, C. G., Egan, M., Dubouloz, C. J., Kubina, L. A., and Kessler, D. (2013). Adaptation following stroke: a personal projects analysis. *Rehabilitation Psychology* 58(3) : 287-298.
- Derogatis, L. R. (1986). The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*, 30(1) : 77-91.

- Diamond, P. T., Felsenthal, G., Macciocchi, S. N., Butler, D. H., and Lally-Cassady, D. (1996). Effect of cognitive impairment on rehabilitation outcome. *American Journal of Physical Medicine Rehabilitation* 75(1) : 40-43.
- Folkman, S., and Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology* 54(3) : 466-475.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., and Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology* 50(5) : 992-1003.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., and DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology* 50(3) : 571-579.
- Gass, C. S., and Lawhorn, L. (Producer). (1991). Psychological adjustment following stroke: An MMPI study. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology* 3(4) : 628-633.
- Glass, T. A., and Maddox, G. L. (1992). The quality and quantity of social support: Stroke recovery as psycho-social transition. *Social Science & Medicine* 34(11) : 1249-1261.
- Gottesman, R. F., and Hillis, A. E. (2010). Predictors and assessment of cognitive dysfunction resulting from ischaemic stroke. *Lancet Neurology* 9(9) : 895-905.
- Hankey, G. J., Jamrozik, K., Broadhurst, R. J., Forbes, S., Burvill, P. W., Anderson, C. S., and Stewart-Wynne, E. G. (2000). Five-year survival after first-ever stroke and related prognostic factors in the Perth Community Stroke Study. *Stroke* 31(9) : 2080-2086.
- Hannegan, L. (1989). Transient Cognitive Changes after Craniotomy. *Journal of Neuroscience Nursing* 21(3) : 165-170.
- Hofgren, C., Bjorkdahl, A., Esbjornsson, E., and Sunnerhagen, K. S. (2007). Recovery after stroke: cognition, ADL function and return to work. *Acta Neurologica Scandinavica*, 115(2) : 73-80.
- Hommel, M., Miguel, S. T., Naegele, B., Gonnet, N., and Jaillard, A. (2009). Cognitive determinants of social functioning after a first ever mild to moderate stroke at vocational age. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 80(8) : 876-

880.

- Jacobson, D. E. (1986). Types and Timing of Social Support. *Journal of Health and Social Behavior* 27(3), 250-264.
- Jalowiec, A., Murphy, S. P., and Powers, M. J. (1984). Psychometric Assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nursing Research* 33(3) : 157-161.
- Kanner, A., Coyne, J., Schaefer, C., and Lazarus, R. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine* 4(1) : 1-39.
- Kessler, D., Dubouloz, C.-J., Urbanowski, R., and Egan, M. (2009). Meaning perspective transformation following stroke: the process of change. *Disability and Rehabilitation*, 31(13) : 1056-1065.
- Lazarus, R., and Launier, R. (1978). Stress-Related Transactions between Person and Environment. In L. Pervin & M. Lewis (Editors.), *Perspectives in Interactional Psychology* (pp. 287-327): Springer US.
- Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub.Co.
- Livneh, H., and Antonak, R. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a primer for counselors. *Journal of Multicultural Counseling and Development* 83 : 12 - 20.
- McNett, S. C. (1987). Social Support, Threat, and Coping Responses and Effectiveness in the Functionally Disabled. *Nursing Research* 36(2) 98-103.
- Mishel, M. H. (1981). The Measurement of Uncertainty in Illness. *Nursing Research* 30(5) : 258-163.
- Mishel, M. H. (1984). Perceived Uncertainty and Stress in Illness. *Research in Nursing & Health* 7(3) : 163-171.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in Illness. *Image: the Journal of Nursing Scholarship* 20(4) : 225-232.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. *Journal of Nursing Scholarship* 22(4) : 256-262.
- Norbeck, J. S. R. N. D. (1982). The Use of Social Support in Clinical Practice. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 20(12) : 22-29.
- Nys, G. M., van Zandvoort, M. J., de Kort, P. L., Jansen, B. P., de Haan, E. H., and

- Kappelle, L. J. (2007). Cognitive disorders in acute stroke: prevalence and clinical determinants. *Cerebrovasc Disease* 23(5-6) : 408-416.
- Patel, M., Coshall, C., Rudd, A. G., and Wolfe, C. D. (2003). Natural history of cognitive impairment after stroke and factors associated with its recovery. *Clinical Rehabilitation* 17(2) : 158-166.
- Periard, M. E., and Ames, B. D. (1993). Lifestyle Changes and Coping Patterns Among Caregivers of Stroke Survivors. *Public Health Nursing* 10(4) : 252-256.
- Primomo, J., Yates, B. C., and Woods, N. F. (1990). Social support for women during chronic illness: The relationship among sources and types to adjustment. *Research in Nursing & Health* 13(3), 153-161.
- Ragsdale, D., Yarbrough, S., and Lasher, A. T. (1993). Using Social Support Theory to Care for CVA Patients. *Rehabilitation Nursing* 18(3) : 154-161.
- Rochette, A., and Desrosiers, J. (2002). Coping with the consequences of a stroke. *International Journal of Rehabilitation Research* 25(1) : 17-24.
- Rochette, A. a. b., Tribble, D. S.-C. c. d., Desrosiers, J. e. f., Bravo, G. f. g., and Bourget, A. f. (2006). Adaptation and coping following a first stroke: a qualitative analysis of a phenomenological orientation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29(3) : 247-249.
- Salee Chalermwannapong. (2009). *Effects of the transitional care program on functional ability and quality of life of stroke survivors*. Doctoral dissertation Department of Nursing Graduate School Chaing Mai University.
- Sister Callista Roy, and Heather A. Andrews. (1991). *The Roy adaptation model*. Stamford, Conn.: Appleton&Lange.
- Sjögren, K., and Fugl-Meyer, A. R. (1982). Adjustment to life after stroke with special reference to sexual intercourse and leisure. *Journal of Psychosomatic Research* 26(4) : 409-417.
- Stewart, M. J., & Tilden, V. P. (1995). The contributions of nursing science to social support. *International Journal of Nursing Studies* 32(6) : 535-544.
- Totsaporn Khampolsiri. (2006). *A Home-based nursing intervention program for enhancing quality of life of stroke survivors*. Doctoral dissertation Department of Nursing Graduate School Chaing Mai University.

- University Hospital. (2013). *Stroke Statistic*. from <http://www.uhnj.org/stroke/stats.htm>
- Weinert, C. (1987). A Social Support Measure: PRO85. *Nursing Research*, 36(5) : 273-277.
- Weinert, C., & Tilden, V. P. (1990). Measures of Social Support: Assessment of Validity. *Nursing Research* 39(4) : 212-216.
- White, C. L., Barrientos, R., and Dunn, K. (2014). Dimensions of Uncertainty After Stroke: Perspectives of the Stroke Survivor and Family Caregiver. *Journal of Neuroscience Nursing* 46(4) : 233-240.
- Williams, S., & Murray, C. (2013). The lived experience of older adults' occupational adaptation following a stroke. *Australian Occupational Therapy Journal* 60(1) : 39-47.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

นายแพทย์ เจษฎา ศรีกุลศิริ	อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงพร ปิยะคง	อาจารย์ประจำกลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร คำผลศิริ	อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นาวาอากาศเอกหญิง ดร.โสพรรณ โปะทะยะ	ประจํากรมแพทย์ทหารอากาศ ปฏิบัติงานกองการพยาบาล
นางสุภาพันรัตน์ คำหอม	หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศร 0512.11/1106



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

24 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพิมพ์ภัทร ต้นดีทวีวัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพันธุ์รัตน์ คำหอม หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สมิต ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นาง สุกภาพันรัตน์ คำหอม

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

นางสาวพิมพ์ภัทร ต้นดีทวีวัฒน์ โทร. 08-6675-1723



COA No. 400/2015  
IRB No. 385/58



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง  
Study Title : FACTORS PREDICTING ADAPTATION OF STROKE SURVIVORS  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพิมพ์ภัทรา ดันดีทวีวัฒน์  
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited Review)  
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 27 พฤศจิกายน 2558
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 27 พฤศจิกายน 2558
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 27 พฤศจิกายน 2558
4. AF 04-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 27 พฤศจิกายน 2558
5. AF 05-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 27 พฤศจิกายน 2558
6. สรุปรายงานเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 30 ตุลาคม 2558
7. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 07 กันยายน 2558
8. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 07 กันยายน 2558
9. แบบประเมินสำหรับงานวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 07 กันยายน 2558

ลงนาม

(นายแพทย์สมบูรณ์ ดันดีสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันที่รับรอง : 27 พฤศจิกายน 2558

Date of Approval : November 27, 2015

วันหมดอายุ : 27 พฤศจิกายน 2559

Approval Expire Date : November 27, 2016

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



IRB No. 087/ 58

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก  
90 ถนนศรีธรรมไตรปิฎก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000

#### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH – GCP)

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง  
ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางสาวพิมพ์ภัทรา ตันตติวิวัฒน์  
เลขที่โครงการวิจัย/รหัส : -  
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited Review)  
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี  
เอกสารรับรอง : 1. ข้อมูลสำหรับประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/ Participant Information Sheet)  
2. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสมบูรณ์)  
3. Informed consent form  
4. แบบประเมินสำหรับงานวิจัย  
วันที่รับรอง : 20 ตุลาคม 2558  
วันหมดอายุ : 19 ตุลาคม 2559

ลงนาม.....

(นายแพทย์โตมร ทองศรี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



ภาคผนวก ง  
หลักฐานขออนุญาตการใช้เครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



๖๖



คณะกรรมการ ศษส
ฝ่ายวิชาการ
เลขที่หนังสือรับ... ๖๖๖
ว.ค.ป. ๑๕ ธ.ค. ๖๖
เวลา ๐๙.๕๘ ๕.

ที่ ศธ ๖๓๙๓(๒๓)/ ๒๓๙๓

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ  
อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๓ สิงหาคม ๒๕๕๕

คณะกรรมการ ศษส
คณะกรรมาธิการ
เลขที่หนังสือรับ... ๕๕๕๕
ว.ค.ป. ๑.๐๗๖

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๑๑๓ ลงวันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๔

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะขออนุญาตให้  
นางสาวพิมพ์ภัทร ดันติทวีวัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต นำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ  
นางสาวปราณี มิ่งขวัญ ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมอนุญาต  
ให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพาพร วงศ์ห่มย์กุล)

รองคณบดี ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา

โทร. ๐-๕๓๙๔-๒๕๑๐

โทรสาร. ๐-๕๓๙๔-๒๕๓๕



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๓๓๐

โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๓.๐๒/๐๙๔๗๖

วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๕๘

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๑๑๗ ลงวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๕๘

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า

**ผู้ใช้เครื่องมือวิจัย** : นางสาวพิมพ์ภัทร ดันติทวีวัฒน์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**งานวิจัยของผู้ใช้เครื่องมือ** : “ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

**เครื่องมือวิจัยที่ใช้** : แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉบับชุมชน

**เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย** : นางสาวสุภาณี แก้วธำรงค์ เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ตาม

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. ๒๕๕๓ เรื่อง “ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี” ซึ่งมี รศ.สมพร ชินโนรส ผศ.ดร.ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ และ ผศ.กิตติ โตเต็มโชคชัยการ เป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องอนุญาตให้ นางสาวพิมพ์ภัทร ดันติทวีวัฒน์ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมีอาจารย์ท่านใดทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และต้องปฏิบัติตามระเบียบการขอใช้เครื่องมือวิจัยของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งกำหนดให้ผู้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยต้องดำเนินการตามระเบียบการขอใช้เครื่องมือวิจัย (ตามแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมนี้) และต้องชำระค่าบริการขอใช้เครื่องมือ จำนวน ๒๐๐บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ฉบับ โดยโอนเงินเข้าบัญชี

...../๒

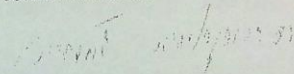
- ๒ -

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามธิบดี ชื่อบัญชี "หลักสูตรการศึกษาพยาบาลปริญญาโท  
รามธิบดี" เลขที่บัญชี ๐๒๖-๕๓๕๑๘๘๓-๗ ประเภทออมทรัพย์ และแนบหลักฐานการโอนเงินมาพร้อมกับการ  
กรอกแบบ บพร. ๑๕, บพร. ๑๖ ส่งมาที่.....

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
๒๗๐ ถนนพระรามที่ ๖ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐  
โทร. ๐-๒๒๐๑-๒๐๑๘ โทรสาร ๐-๒๒๐๑-๑๖๗๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ อัครปฐมวงศ์)  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ  
ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



## (Informed consent form)

**ชื่อโครงการ**      ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

**ชื่อผู้วิจัย**      นางสาว พิมพ์ภัทร ดันติทวีวัฒน์ นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**เลขที่**              ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารให้ความยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและ  
แนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามทำ  
ความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธจากการเข้าร่วม  
การศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือประโยชน์ที่  
ข้าพเจ้าพึงจะได้รับต่อไป โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูล  
สรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณี  
จำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น ในการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่เกิดอันตรายใดๆ แต่หากท่านเกิด  
อาการข้างเคียงหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากโรคหรืออาการที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ควรแจ้งให้  
ผู้วิจัยทราบทันที และหากมีข้อสงสัยใดๆเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมใน  
โครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามข้อมูลจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยสามารถติดต่อได้ที่

ชื่อผู้วิจัย นางสาว พิมพ์ภัทร ดันติทวีวัฒน์ ที่อยู่ บ้านเลขที่ 59/4 ถนน ประชาราษฎร์ ตำบล  
เมือง อำเภอ สวรรคโลก จังหวัด สุโขทัย เบอร์โทรศัพท์ 08-6675-1723

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าและสมาชิกครอบครัวของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อ  
เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุข้างต้น

.....	.....
สถานที่/วันที่	ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
.....	.....
สถานที่/วันที่	(นางสาว พิมพ์ภัทร ดันติทวีวัฒน์)
	ลงนามผู้วิจัย
.....	.....
สถานที่/วันที่	(.....)
	ลงนามพยาน

**หมายเหตุ :** กรณีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในใบยินยอม  
นี้ ให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และยินยอมให้ทำวิจัยโดยลงนามหรือพิมพ์ลาย  
นิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้น

## ข้อมูลสำหรับประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายนการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. ผู้วิจัย นางสาว พิมพ์ภัทร ดันติทวีวัฒน์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-6675-1723
4. ข้อมูลประกอบการให้คำยินยอมในการวิจัย

4.1 โครงการนี้เกี่ยวกับศึกษาปัจจัยทำนายนการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อศึกษาการทำนายนของการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด ของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง

4.3 เป็นการวิจัยแบบ (Descriptive Predictive research) ซึ่งผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อนามสกุล ลงในแบบประเมิน จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลต่างๆจะเป็นความลับ

4.4 ผู้วิจัยคาดว่ากรวิจัยนี้จะไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย

4.5 ผู้เข้าร่วมวิจัยใช้เวลา 30-45 นาที ในการทำแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการปรับตัวทางจิตสังคม แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการเผชิญความเครียด แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอน แบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบประเมินความสามารถในการรู้คิด โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลด้วยตนเองหรือผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลแทน ในวันที่มารับการตรวจตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบประสาท ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถหยุดพักการทำแบบสอบถามได้ทันทีเมื่อต้องการ และถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยต้องเข้ารับการตรวจจากแพทย์ในขณะที่การตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จสิ้น ภายหลังกการตรวจจะขอความกรุณาจากผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์อีกครั้ง

4.6 ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวระหว่างการตอบแบบสอบถาม หรือไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดๆก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อกรรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยได้รับอยู่

4.7 ไม่ว่าจะผู้เข้าร่วมวิจัยจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ผู้เข้าร่วมวิจัยยังคงได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

4.8 หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

4.9 ไม่มีค่าตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย


4.10 ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมการวิจัยนั้นจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น

4.11 จำนวนประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ 110 ราย

4.12 การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาว พิมพ์ภัทร ดันติทวีวัฒน์ ที่เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-6675-1723



AF 05-10/3.0

	Naresuan University Institutional Review Board	หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย (Informed Consent Form)
---	--	--

การวิจัยเรื่อง    ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง  
 วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....  
 ที่อยู่.....  
 ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่  
 ..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม  
 และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอม  
 ให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำ  
 วิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการ  
 วิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อ  
 สงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจน  
 ข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการ  
 การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (ผู้วิจัยคาดว่า การเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยง  
 ใดๆกับผู้เข้าร่วมการวิจัย)

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล  
 และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึง  
 ได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ  
ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
ในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อ  
วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้  
ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้



ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย  
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน  
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....



## แบบประเมินสำหรับงานวิจัยเรื่อง

### ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวของท่าน กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ (ถูก) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคําลงในช่องว่างในข้อคำถามที่กำหนดให้

##### 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

อายุ.....ปี (เต็ม)

เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

สถานภาพสมรส

( ) โสด ( ) หม้าย ( ) คู่ ( ) หย่า ( ) แยกกันอยู่

ระดับการศึกษา

( ) ไม่ได้ศึกษา ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา

( ) ปวส/ปวช ( ) ปริญญาตรี ( ) มากกว่าปริญญาตรี

อาชีพ

( ) กิจการส่วนตัว ( ) คำชาย ( ) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

( ) เกษตรกรรม ( ) รับจ้างทั่วไป ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ

( ) อื่นๆ ระบุ.....

รายได้ของครอบครัว.....บาทต่อเดือน

##### 2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่รักษา

(ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

ระยะเวลาที่รักษาอาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง.....ปี.....เดือน

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง.....

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปรับตัว

**คำชี้แจง** เมื่อคุณอ่านข้อความต่อไปนี้แล้ว ขอให้คุณเลือกตอบโดยใส่เครื่องหมาย X (กากบาท) ในตัวเลือกที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพียงข้อเดียว

1. ข้อใดกล่าวถึงเจตคติของคุณเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของคุณได้ดีที่สุด
  - ก) คุณห่วงใยและให้ความสนใจต่อสุขภาพของคุณอย่างมาก
  - ข) คุณดูแลเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองเกือบตลอดเวลา
  - ค) โดยปกติแล้วคุณพยายามที่จะดูแลสุขภาพของตนเองแต่บางครั้ง คุณก็ไม่มีเวลาเพียงพอ
  - ง) การดูแลสุขภาพเป็นเรื่องที่คุณไม่คำนึงถึงมากนัก
  
2. การเจ็บป่วยของคุณในครั้งนี้นี้ทำให้คุณต้องดูแลเอาใจใส่ตัวเองในบางเรื่องเป็นพิเศษข้อใดที่อธิบายถึงการกระทำของคุณได้มากที่สุด
  - ก) คุณทำทุกสิ่งทุกอย่างเหมือนที่เคยทำโดยไม่เกิดความกังวลหรือให้ความสนใจต่อการเจ็บป่วยของคุณเป็นพิเศษ
  - ข) คุณพยายามทำทุกสิ่งทุกอย่างที่คุณคิดว่าเป็นการดูแลสุขภาพแต่บ่อยครั้งก็ลืมหรือบางครั้งรู้สึกเหนื่อย หรือไม่ว่าง
  - ค) คุณดูแลเอาใจใส่ต่อการเจ็บป่วยของคุณในขณะนี้ดีพอสมควร
  - ง) คุณให้ความสนใจกับการเจ็บป่วยของคุณและทำทุกสิ่งทุกอย่างที่คุณสามารถจะทำได้เพื่อดูแลตัวเอง
  
3. โดยทั่วไป คุณมีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพของการรักษาและแพทย์ที่รักษาคุณในปัจจุบันนี้อย่างไร
  - ก) การรักษาของแพทย์ในขณะนี้ดีที่สุดและแพทย์ก็รักษาได้อย่างดีเยี่ยม
  - ข) คุณภาพการรักษาของแพทย์เท่าที่เป็นอยู่ขณะนี้ดีแล้วแต่มีบางสิ่งที่ยังต้องปรับปรุง
  - ค) ทั้งแพทย์และการรักษาของแพทย์ในขณะนี้คุณภาพไม่ดีเหมือนเมื่อก่อน
  - ง) คุณไม่ไว้วางทั้งแพทย์และการรักษาที่ได้รับในขณะนี้

4. ระหว่างการเจ็บป่วยครั้งนี้คุณรู้สึกอย่างไรกับเจ้าหน้าที่แพทย์พยาบาลและการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

- ก) คุณรู้สึกไม่พอใจกับการรักษาที่ได้รับ คุณคิดว่าแพทย์และพยาบาลน่าจะให้บริการได้ดีกว่าที่เป็นอยู่
- ข) คุณไม่ประทับใจการรักษาที่ได้รับ แต่คุณก็คิดว่าบางที่ทั้งแพทย์และพยาบาลคงทำได้ดีที่สุดในเพียงเท่านี้
- ค) การรักษาส่วนใหญ่ดีแม้ว่าจะมีปัญหาอยู่บ้างเล็กน้อย
- ง) ทั้งการรักษาและเจ้าหน้าที่ดีมาก

5. เมื่อเจ็บป่วยแต่ละคนมักจะคาดหวังและมีเจตคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแตกต่างกันไป ข้อใดที่อธิบายความรู้สึกของคุณได้ใกล้เคียงที่สุด

ก) คุณมั่นใจว่าคุณสามารถเอาชนะความเจ็บป่วยและปัญหาได้อย่างรวดเร็วและสามารถกลับสู่ภาวะเดิมที่เคยเป็นอยู่ก่อนเจ็บป่วยได้

ข) การเจ็บป่วยของคุณก่อให้เกิดปัญหากับตัวคุณบ้างแต่คุณก็คิดว่าคุณสามารถจะเอาชนะได้ในไม่ช้า และสามารถกลับสู่ภาวะเดิมที่เคยเป็นอยู่ก่อนเจ็บป่วยได้

ค) การเจ็บป่วยของคุณก่อให้เกิดความเครียดต่อคุณอย่างมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจแต่คุณก็พยายามจะเอาชนะสิ่งเหล่านี้ให้ได้และคุณมั่นใจว่าจะสามารถกลับสู่ภาวะเดิมที่เคยเป็นอยู่ก่อนเจ็บป่วยได้ในวันใดวันหนึ่ง

ง) การเจ็บป่วยทำให้คุณรู้สึกเหนื่อยหน่ายและอ่อนแอมากจนบางครั้งคุณเกิดความไม่แน่ใจว่าคุณจะต่อสู้และเอาชนะได้

6. ภาวะการเจ็บป่วยทำให้เกิดความสับสน บางคนอาจจะรู้สึกว่าได้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่แพทย์พยาบาล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองไม่เพียงพอข้อใดต่อไปนี้อธิบายความรู้สึกของคุณได้ถูกต้องมากที่สุด

ก) แพทย์ พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของคุณน้อยมากถึงแม้ว่าคุณจะซักถามแล้วก็ตาม

ข) คุณได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของคุณพอควร แต่ก็มีความรู้สึกว่าอยากจะรู้มากกว่านี้

ค) คุณเข้าใจภาวะเจ็บป่วยของคุณดีพอควรและรู้สึกว่าได้รับข้อมูลตลอดเวลาที่คุณต้องการ

ง) คุณได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของคุณอย่างครบถ้วนเพียงพอรวมทั้งเจ้าหน้าที่แพทย์พยาบาลได้ให้ข้อมูลทุกอย่างที่คุณต้องการ

7. เมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคลมักจะมีความคิดเห็นและความคาดหวังต่อการรักษาแตกต่างกันไปจงเลือกข้อความที่ตรงกับความคาดหวังของคุณในการรักษามากที่สุด
- คุณเชื่อว่าเจ้าหน้าที่แพทย์พยาบาลมีความสามารถเป็นอย่างดีและรู้สึกว่าคุณได้รับการดูแลที่ดีที่สุด
  - คุณรู้สึกมั่นใจในแนวทางการรักษาของแพทย์แต่บางครั้งก็ยังมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษานั้น
  - คุณไม่ชอบการรักษาบางอย่างที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายแต่แพทย์บอกว่าถึงอย่างไรก็ตามคุณควรจะต้องอดทนการรักษาให้ตลอด
  - คุณคิดว่าการรักษาทำให้ภาวะเจ็บป่วยของคุณเลวลงและคุณไม่แน่ใจว่าจะคุ้มค่ากับการอดทนรักษาให้ตลอด
8. เมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้ป่วยมักจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกันไปคุณได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาในขณะที่เจ็บป่วย มากน้อยเพียงใด
- คุณแทบไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาเลยและรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง
  - คุณได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาบ้างพอควรแต่ไม่ได้เท่ากับที่คุณต้องการ
  - คุณได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาเกือบจะครบถ้วนมีเพียงบางอย่างที่คุณต้องการทราบเพิ่มเติม
  - คุณรู้สึกว่าคุณได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาครบถ้วนและทันเหตุการณ์
9. การเจ็บป่วยครั้งนี้ขัดขวางการทำงาน(หรือการเรียน) ของคุณหรือไม่
- ไม่มีปัญหา
  - มีปัญหาบ้างแต่เป็นปัญหาเล็กน้อยๆ
  - ทำให้เกิดปัญหายุ่งยากมากพอควร
  - การเจ็บป่วยทำให้คุณทำงานหรือเรียนไม่ได้เลย
10. การทำงาน (หรือการเรียน) ของคุณในขณะนี้เป็นอย่างไร
- ทำงานไม่ได้เลย
  - ทำงานได้แต่ไม่ดีนัก
  - ทำงานได้ดีพอควร
  - ทำงานได้ดีตามปกติ

11. ในช่วง 1เดือนที่ผ่านมาการเจ็บป่วยทำให้คุณต้องขาดงาน (หรือขาดเรียน) กี่วัน
- ก) 3 วันหรือน้อยกว่า
  - ข) 1 สัปดาห์
  - ค) 2 สัปดาห์
  - ง) มากกว่า 2 สัปดาห์
12. อาชีพการงาน (หรือการเรียน) ของคุณในขณะนี้ มีความสำคัญต่อคุณมากเท่ากับก่อนเจ็บป่วยหรือไม่
- ก) มีความสำคัญน้อยมาก หรือไม่มีเลย
  - ข) มีความสำคัญค่อนข้างน้อย
  - ค) มีความสำคัญพอควร
  - ง) มีความสำคัญมาก
13. การเจ็บป่วยของคุณทำให้คุณต้องเปลี่ยนเป้าหมายการทำงาน(หรือการเรียน) หรือไม่
- ก) ไม่เปลี่ยนเป้าหมาย
  - ข) เปลี่ยนเป้าหมายเล็กน้อย
  - ค) เปลี่ยนเป้าหมายพอควร
  - ง) เปลี่ยนเป้าหมายใหม่อย่างสิ้นเชิง
14. การเจ็บป่วยของคุณก่อให้เกิดปัญหาาระหว่างคุณกับผู้ร่วมงาน (ผู้ร่วมชั้นเรียน)หรือไม่
- ก) เกิดปัญหาอย่างมาก
  - ข) เกิดปัญหาพอควร
  - ค) เกิดปัญหาน้อย
  - ง) ไม่เกิดปัญหาใดๆ
15. ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างคุณกับสามีหรือภรรยา (หรือคู่รักถ้ายังไม่แต่งงาน) เป็นอย่างไร
- ก) ดีมาก
  - ข) ดีพอควร
  - ค) ไม่ค่อยดี
  - ง) ไม่ดีอย่างมาก

16. ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างคุณกับสมาชิกในครอบครัว (บุตรพ่อแม่ ป้า...) เป็นอย่างไร
- ก) ไม่ดีอย่างมาก
  - ข) ไม่ค่อยดี
  - ค) ดีพอควร
  - ง) ดีมาก
17. การเจ็บป่วยครั้งนี้ขัดขวางต่อการปฏิบัติหน้าที่ในบ้าน (เช่น ทำกับข้าว รดน้ำต้นไม้ ซ่อมแซมอุปกรณ์ภายในบ้าน) ของคุณหรือไม่อย่างไร
- ก) ไม่ขัดขวางเลย
  - ข) มีปัญหาเล็กน้อยแต่สามารถแก้ไขได้โดยง่าย
  - ค) มีปัญหาพอควรและไม่สามารถจะแก้ไขได้ทั้งหมด
  - ง) มีปัญหา และขัดขวางต่อการทำงานบ้านอย่างมาก
18. ถ้าคุณมีปัญหาในปฏิบัติหน้าที่ในบ้าน (เช่น ทำกับข้าว รดน้ำต้นไม้ ซ่อมแซมอุปกรณ์ภายในบ้าน) ขณะเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือคุณได้หรือไม่
- ก) สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถช่วยเหลือได้เลย
  - ข) สมาชิกในครอบครัวพยายามที่จะช่วยเหลือแต่มีอีกหลายอย่างที่ไม่ช่วยไม่ได้
  - ค) สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือได้เป็นอย่างดียกเว้นบางเรื่องซึ่งเป็นเรื่องเล็กน้อยๆ
  - ง) สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือได้อย่างมาก(ไม่มีปัญหา)
19. การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้คุณติดต่อกับสมาชิกในครอบครัวลดลงหรือไม่
- ก) การติดต่อไม่ลดลง
  - ข) การติดต่อลดลงเล็กน้อย
  - ค) การติดต่อลดลงค่อนข้างมากและคุณรู้สึกว่าถูกแยกจากพวกเขา
  - ง) การติดต่อลดลงมากและคุณรู้สึกว่าโดดเดี่ยวมาก



20. บางคนที่เจ็บป่วยเหมือนคุณมักต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเช่นญาติพี่น้องในครอบครัวเพื่อให้การช่วยเหลือในกิจกรรมประจำวันคุณรู้สึกว่าคุณต้องการความช่วยเหลือดังกล่าวจากบุคคลเหล่านี้หรือไม่ และมีคนที่จะให้การช่วยเหลือคุณหรือไม่
- ก) คุณต้องการความช่วยเหลืออย่างมากแต่ไม่มีคนที่ให้ความช่วยเหลือได้
  - ข) คุณต้องการความช่วยเหลือในบางครั้งแต่ก็ไม่ได้รับเมื่อต้องการ
  - ค) คุณไม่ได้รับความช่วยเหลือ เกือบตลอดเวลาที่คุณต้องการ
  - ง) คุณรู้สึกว่าคุณไม่ต้องการความช่วยเหลือหรือคุณได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือมิตรสหายตามที่ต้องการ
21. การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้คุณสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมมากนักเพียงใด
- ก) ไม่มีการสูญเสียความสามารถเกิดขึ้นเลย
  - ข) มีการสูญเสียความสามารถบ้างเล็กน้อย
  - ค) มีการสูญเสียความสามารถมากพอควร
  - ง) มีการสูญเสียความสามารถอย่างมาก
22. คุณมีปัญหาทางการเงินในครอบครัวหรือไม่ตั้งแต่คุณเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ก) มีปัญหาอย่างมาก
  - ข) มีปัญหาพอควร
  - ค) มีปัญหาน้อย
  - ง) ไม่มีปัญหาเลย
23. การเจ็บป่วยของคุณ ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคุณกับสามีหรือภรรยา (คู่รักหากยังไม่แต่งงาน) หรือไม่
- ก) สัมพันธภาพเหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง
  - ข) ความใกล้ชิดลดลงเล็กน้อยตั้งแต่เจ็บป่วย
  - ค) ความใกล้ชิดลดลงมากพอควรตั้งแต่เจ็บป่วย
  - ง) มีปัญหาเกิดขึ้นอย่างมากหรือไม่มีสัมพันธภาพเลยตั้งแต่เจ็บป่วย

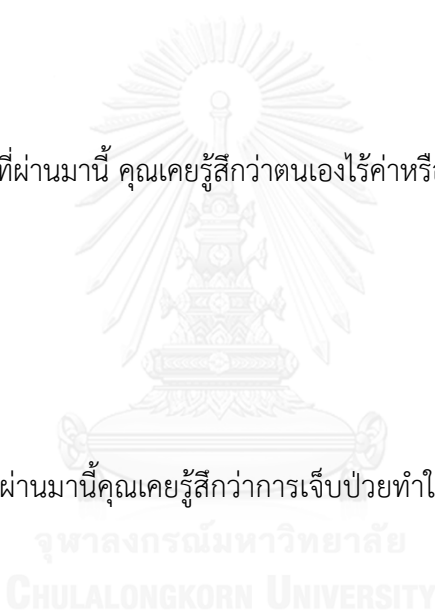
24. การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ความสนใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ของคุณเป็นอย่างไร
- ก) ไม่มีความสนใจในเรื่องเพศสัมพันธ์เลยตั้งแต่เจ็บป่วย
  - ข) ความสนใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ลดลงมากพอควร
  - ค) ความสนใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ลดลงเล็กน้อย
  - ง) ความสนใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ยังเป็นปกติ
25. การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลทำให้เพศสัมพันธ์ของคุณลดลงหรือไม่
- ก) มีเพศสัมพันธ์ตามปกติ
  - ข) เพศสัมพันธ์ลดลงเล็กน้อย
  - ค) เพศสัมพันธ์ลดลงมากพอควรจนสังเกตเห็นได้
  - ง) ไม่มีเพศสัมพันธ์เลย
26. การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ความสุขและความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ของคุณเปลี่ยนแปลงไปจากปกติหรือไม่
- ก) ไม่มีความสุขและความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์เลย
  - ข) สุขภาพและความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ลดลงจนสังเกตเห็นได้
  - ค) สุขภาพและความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ลดลงเล็กน้อย
  - ง) สุขภาพและความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ไม่เปลี่ยนแปลง
27. บางคนเมื่อเจ็บป่วยจะสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ ถึงแม้ว่าจะยังมีความสนใจทางเพศอยู่ คุณมีปัญหาการสูญเสียสมรรถภาพทางเพศหรือไม่
- ก) สมรรถภาพทางเพศปกติ
  - ข) มีปัญหาเล็กน้อย
  - ค) มีปัญหามากพอควร
  - ง) ไม่มีสมรรถภาพทางเพศเลย

28. บางครั้งการเจ็บป่วย อาจเป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์และทำให้เกิดปัญหาระหว่างสามีภรรยา การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้เกิดปัญหาเพศสัมพันธ์ระหว่างคุณกับคู่ครองหรือไม่ ถ้ามีเกิดขึ้นบ่อยเพียงใด
- ก) เกิดปัญหาตลอดเวลา
  - ข) เกิดปัญหาเกือบตลอดเวลา
  - ค) เกิดปัญหาบางครั้ง
  - ง) ไม่มีปัญหาเกิดขึ้น
29. ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ คุณมีการติดต่อ (โดยส่วนตัว หรือทางโทรศัพท์) กับญาติของคุณที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกันหรือไม่
- ก) มีการติดต่อกันเหมือนเดิมหรือมากกว่าเดิมตั้งแต่เจ็บป่วย
  - ข) มีการติดต่อลดลงเล็กน้อย
  - ค) มีการติดต่อลดลงมากพอควร
  - ง) ไม่มีมีการติดต่อเลยตั้งแต่เจ็บป่วย
30. ในการนี้คุณมีความต้องการที่จะพบปะญาติของคุณที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกันหรือไม่
- ก) ความสนใจน้อยลงเจ็บป่วยครั้งหรือ ไม่มีเลย
  - ข) ความสนใจลดลงจากเดิม
  - ค) ความสนใจลดลงจากเดิมเล็กน้อย
  - ง) ความสนใจไม่เปลี่ยนแปลง
31. บางครั้งเมื่อเจ็บป่วย อาจต้องพึ่งพาญาติที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกัน คุณต้องการความช่วยเหลือจากญาติเหล่านี้หรือไม่และเขาให้ความช่วยเหลือเพียงพอตามที่ต้องการหรือไม่
- ก) คุณไม่ต้องการความช่วยเหลือหรือญาติให้ความช่วยเหลือทุกอย่างตามที่คุณต้องการ
  - ข) ญาติให้ความช่วยเหลืออย่างเพียงพอ ยกเว้นเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ บางอย่าง
  - ค) ญาติให้ความช่วยเหลือบ้างพอควร แต่ยังไม่พอ
  - ง) ญาติให้ความช่วยเหลือน้อยมากหรือไม่ให้ความช่วยเหลือเลยถึงแม้ว่าคุณจะต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก

32. ภายหลังจากเจ็บป่วย คุณมีสัมพันธภาพที่ดีกับญาติที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกันหรือไม่
- ก) ไม่ดีเลย
  - ข) ดีค่อนข้างน้อย
  - ค) ดีพอควร
  - ง) ดีมาก
33. คุณมีความสนใจในการใช้เวลาว่าง หรือ ทำงานอดิเรก เหมือนที่เคยทำมาก่อนการเจ็บป่วยหรือไม่ (เช่น ชมรายการโทรทัศน์ตัดเย็บเสื้อผ้า ซักจักรยาน เป็นต้น)
- ก) มีความสนใจเหมือนเดิม
  - ข) มีความสนใจลดลงจากเดิมเล็กน้อย
  - ค) มีความสนใจลดลงจากเดิมมาก
  - ง) ความสนใจเหลือน้อย หรือ ไม่มีเลย
34. คุณยังคงทำกิจกรรมต่างๆ (เช่นชมรายการโทรทัศน์ตัดเย็บเสื้อผ้า ซักจักรยาน เป็นต้น) มากน้อยเพียงใด
- ก) ทำน้อยหรือ ทำไม่ได้เลย
  - ข) ทำกิจกรรมลดลงจากเดิมมาก
  - ค) ทำกิจกรรมลดลงจากเดิมเล็กน้อย
  - ง) ทำกิจกรรมเหมือนเดิม
35. คุณสนใจในการใช้เวลาว่างร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเหมือนเดิมเช่นเดียวกับช่วงก่อนเจ็บป่วยหรือไม่(เช่นไปเที่ยว ดูภาพยนตร์ ทำอาหาร ปิกนิก....)
- ก) ให้ความสนใจเหมือนเดิม
  - ข) ให้ความสนใจลดลงจากเดิมเล็กน้อย
  - ค) ให้ความสนใจลดลงจากเดิมมากพอควร
  - ง) ให้ความสนใจน้อยหรือ ไม่ให้ความสนใจเลย
36. คุณยังคงร่วมในกิจกรรมต่างๆในสังคม ดังที่เคยทำเมื่อก่อนเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด
- ก) การร่วมกิจกรรมมีน้อยหรือ ไม่มีเลย
  - ข) การร่วมกิจกรรมลดลงมาก
  - ค) การร่วมกิจกรรมลดลงเล็กน้อย
  - ง) ร่วมกิจกรรมได้เหมือนเดิม

37. คุณสนใจในการมีกิจกรรมในสังคมเหมือนเดิมเช่นเดียวกับช่วงก่อนเจ็บป่วยหรือไม่ (เช่นไปเข้าร่วมกิจกรรมชมรม ไปชมภาพยนตร์ไปวัด) อย่างไร
- ก) ให้ความสนใจเหมือนเดิม
  - ข) ให้ความสนใจลดลงจากเดิมเล็กน้อย
  - ค) ให้ความสนใจลดลงจากเดิมมากพอควร
  - ง) ให้ความสนใจน้อยหรือไม่ให้ความสนใจเลย
38. คุณยังคงร่วมกิจกรรมต่างๆกับเพื่อนๆดังที่เคยทำเมื่อก่อนเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด
- ก) การร่วมกิจกรรมมีน้อยหรือไม่มีเลย
  - ข) การร่วมกิจกรรมลดลงมาก
  - ค) การร่วมกิจกรรมลดลงเล็กน้อย
  - ง) ร่วมกิจกรรมได้เหมือนเดิม
39. ในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณเคยรู้สึกกลัวตึงเครียด ตกใจง่าย หรือกังวลใจหรือไม่
- ก) ไม่เคยรู้สึกเลย
  - ข) รู้สึกบ้างเล็กน้อย
  - ค) รู้สึกมากพอควร
  - ง) รู้สึกอย่างมาก
40. ในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคยรู้สึกเศร้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือรู้สึกผิดหวังในชีวิตหรือไม่
- ก) รู้สึกอย่างมาก
  - ข) รู้สึกมากพอควร
  - ค) รู้สึกบ้างเล็กน้อย
  - ง) ไม่เคยรู้สึกเลย
41. ในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคยรู้สึกโกรธ หงุดหงิดง่าย หรือควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้หรือไม่
- ก) ไม่เคยรู้สึกเลย
  - ข) รู้สึกบ้างเล็กน้อย
  - ค) รู้สึกมากพอควร
  - ง) รู้สึกอย่างมาก

42. ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคยรู้สึกตำหนิตนเองรู้สึกผิดหรือรู้สึกว่าทำให้คนอื่นเป็นทุกข์หรือไม่
- ก) รู้สึกอย่างมาก
  - ข) รู้สึกมากพอควร
  - ค) รู้สึกบ้างเล็กน้อย
  - ง) ไม่เคยรู้สึกเลย
43. ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยหรือเรื่องอื่นๆ บ้างหรือไม่
- ก) ไม่เคยรู้สึกเลย
  - ข) รู้สึกบ้างเล็กน้อย
  - ค) รู้สึกมากพอควร
  - ง) รู้สึกอย่างมาก
44. ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคยรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าหรือไม่
- ก) รู้สึกอย่างมาก
  - ข) รู้สึกมากพอควร
  - ค) รู้สึกบ้างเล็กน้อย
  - ง) ไม่เคยรู้สึกเลย
45. ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคยรู้สึกว่าอาการเจ็บป่วยทำให้รูปร่างหน้าตาคุณเปลี่ยนแปลงไปหรือมีเสน่ห์น้อยลงหรือไม่
- ก) ไม่เคยรู้สึกเลย
  - ข) รู้สึกบ้างเล็กน้อย
  - ค) รู้สึกมากพอควร
  - ง) รู้สึกอย่างมาก



### ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ (ถูก) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว คำตอบที่ได้จะไม่มีถูกหรือผิด โดยตัวเลขน้อยแสดงว่าท่านไม่เห็นด้วย และตัวเลขมากแสดงว่าท่านเห็นด้วย ซึ่งตัวเลขทั้งหมดมีความหมาย ดังนี้

- 1 คะแนน คือ **ไม่มีเลย** หมายถึง ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อนั้นเลยน้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์
- 2 คะแนน คือ **มีบ้างเล็กน้อย** หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
- 3 คะแนน คือ **บางครั้ง** หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์
- 4 คะแนน คือ **เกือบตลอดเวลา** หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-6 วัน/สัปดาห์
- 5 คะแนน คือ **ตลอดเวลา** หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 7 วัน/สัปดาห์

ข้อความ	ไม่มี เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	เกือบ ตลอด เวลา	ตลอด เวลา
1. คุณมีคนที่จะพร้อมจะรับฟังคุณในเวลาที่คุณต้องการหรือไม่					
2. คุณมีคนพร้อมที่จะให้คำแนะนำที่ดีเวลาที่คุณมีปัญหาหรือไม่					
3. คุณมีคนพร้อมที่จะให้ความรักและห่วงใยคุณหรือไม่					
4. คุณมีคนพร้อมที่จะช่วยคุณทำงานบ้านประจำวันหรือไม่					
5. คุณสามารถที่จะวางใจใครสักคนที่จะพูดคุยปัญหาเรื่องต่างๆหรือช่วยคุณตัดสินใจในเรื่องยากๆหรือไม่					
6. คุณมีการติดต่อกับคนที่คุณรู้สึกว่าใกล้ชิดเชื่อถือและไว้วางใจได้มากเท่าที่คุณต้องการหรือไม่					
7. ปัจจุบันคุณแต่งงานแล้วหรืออาศัยอยู่กับคู่ของคุณใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่		<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด

**คำชี้แจง** บุคคลมีปฏิกิริยาต่อความเครียดได้หลายแบบ บางคนใช้วิธีการควบคุมความเครียดโดยวิธีเดียว บางคนใช้วิธีการเผชิญความเครียดหลายวิธี ดิฉันมีความสนใจวิธีการที่บุคคลกระทำเมื่อเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด กรุณาให้คำตอบว่าคุณใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดต่อไปนี้บ่อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ (ถูก) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุดเพียงข้อเดียว

- ไม่เคย** หมายถึง คุณไม่เคยใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นเลย
- นานๆ ครั้ง** หมายถึง คุณใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นเดือนละ 1-3 ครั้ง
- บางครั้ง** หมายถึง คุณใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง
- บ่อยครั้ง** หมายถึง คุณใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นอาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง
- เกือบทุกครั้ง** หมายถึง คุณใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นเกือบทุกครั้ง

ลักษณะการเผชิญความเครียด	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	เกือบ ทุก ครั้ง
1. กังวลใจ					
2. ลดความเครียดโดยการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย					
3. หวังว่าสิ่งต่างๆจะดีขึ้น					
4. ยอมรับปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่างๆอาจเลวร้ายได้					
5. คิดหาวิธีการต่างๆเพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์					
6. การกิน การสูบ การเคี้ยว					
7. พยายามลืมปัญหาและคิดถึงเรื่องอื่นแทน					



ลักษณะการเผชิญความเครียด	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	เกือบ ทุก ครั้ง
8. ปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์					
9. คิดฝันหรือเพ้อฝันไปเรื่อยๆ					
10. พยายามทำอะไรก็ได้แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าจะช่วยแก้ปัญหาได้					
11. ปรึกษาปัญหากับผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์แบบเดียวกัน					
12. เตรียมการสำหรับความเลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้					
13. อารมณ์เสีย ฉุนเฉียว สาปแช่ง สบถ					
14. ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง					
15. พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและทุกแง่ทุกมุม					
16. พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้					
17. พยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น					
18. สวดมนต์เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่เชื่อถือ					

ลักษณะการเผชิญความเครียด	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	เกือบ ทุก ครั้ง
19. กระวนกระวาย หงุดหงิดใจ					
20. ถอยหนีจากสถานการณ์					
21. ตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา					
22. พยายามจะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่าง จริงจัง					
23. ระบายอารมณ์กับคนและสิ่งของ					
24. ยกตัวอยากอยู่คนเดียวตามลำพัง					
25. เลิกยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นเพราะคิดว่าหมด หนทางแก้ไข					
26. อยู่เฉยๆโดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะ คลี่คลายได้เอง					
27. ขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือจากครอบครัว หรือเพื่อน					
28. พยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เพิ่มเติม เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น					
29. ลองแก้ปัญหาหลายๆวิธี เพื่อดูว่าวิธีไหนดีที่สุด					

ลักษณะการเผชิญความเครียด	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	เกือบ ทุก ครั้ง
30. ปล่อยให้สถานการณ์เป็นไปเพราะเป็นเรื่องของโชคชะตาที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้					
31. พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา					
32. พยายามแก้ปัญหาโดยแยกแยะปัญหาเป็นส่วนๆ					
33. เข้านอนโดยคิดหวังว่าสิ่งต่างๆจะดีขึ้น					
34. กำหนดเป้าหมายให้เจาะจงชัดเจนเพื่อแก้ปัญหา					
35. บอกตนเองไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น					
36. มองหาสิ่งที่ต้องการอย่างแท้จริงและดีที่สุด					

### ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

**คำชี้แจง**แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของคุณ ให้คุณเลือกตอบโดยใส่เครื่องหมาย ✓ (ถูก) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของคุณมากที่สุดเพียง 1 ช่อง โดยถือเกณฑ์ดังนี้

ถ้าคุณมีความเห็นว่าข้อความนั้น **เป็นจริงที่สุด** ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของคุณ ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “จริงที่สุด”

ถ้าคุณมีความเห็นว่าข้อความนั้น **จริงเป็นส่วนใหญ่** ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของคุณ ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “จริง”

ถ้าคุณมีความเห็นว่าข้อความนั้น **ไม่เป็นจริงที่สุด** ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของคุณ ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ไม่จริงที่สุด”

ถ้าคุณมีความเห็นว่าข้อความนั้น **ไม่เป็นจริงเป็นส่วนใหญ่** ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของคุณ ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ไม่จริง”

ถ้าคุณมีความเห็นว่าข้อความนั้น **ไม่แน่ใจ** ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของคุณ ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ไม่แน่ใจ”

ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
1. คุณไม่รู้ว่าคุณป่วยเป็นอะไร					
2. คุณมีคำถามมากมายที่ยังหาคำตอบไม่ได้					
3. คุณไม่แน่ใจว่าความเจ็บป่วยของคุณจะดีขึ้นหรือเลวลง					
4. คุณบอกไม่ได้ว่าความไม่สุขสบายของคุณมีมากน้อยเพียงใด					
5. คุณไม่ค่อยเข้าใจคำอธิบายของแพทย์หรือพยาบาลในเรื่องความเจ็บป่วยของคุณ					
6. คุณรู้สึกมุ่งหมายของการรักษาอย่างชัดเจน					

ข้อความ	จริง ที่สุด	จริง	ไม่ แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริง ที่สุด
7. อาการของคุณเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจน คาดการณไม่ได้					
8. คุณเข้าใจคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาและ บริการทุกอย่าง					
9. สิ่งี่แพทย์หรือพยาบาลบอกคุณไม่ชัดเจน เพราะแปลความหมายได้หลายอย่าง					
10. การรักษาของคุณซับซ้อนเกินกว่าจะเข้าใจได้					
11. คุณไม่แน่ใจว่าการรักษาหรือยาที่ได้รับอยู่นี้ จะช่วยให้ความเจ็บป่วยของคุณดีขึ้น					
12. คุณไม่สามารถวางแผนอนาคตได้ เนื่องจาก ความเจ็บป่วยที่คุณเป็นอยู่นี้ไม่แน่นอน					
13. ความเจ็บป่วยของคุณเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ บางวันที่ดีบางวันที่ไม่ดี					
14. คุณได้รับความคิดเห็นแตกต่างกันมากมาย เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคุณ					
15. คุณไม่รู้ว่าต่อไปจะมีอะไรเกิดขึ้นกับคุณบ้าง					
16. คุณรู้สึกว่าการผลตรวจหลายอย่างของคุณไม่ สอดคล้องกัน					
17. การรักษาที่คุณได้รับอยู่นี้ยังไม่มีใครรับรอง ว่าจะได้ผล					

ข้อความ	จริง ที่สุด	จริง	ไม่ แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริง ที่สุด
18. ผลของการรักษาทำให้คุณต้องเปลี่ยนแปลง การดำเนินชีวิตอยู่บ่อยๆ					
19. คุณแน่ใจว่าแพทย์จะตรวจไม่พบความ ผิดปกติใดๆของคุณอีก					
20. เป็นที่รู้กันอยู่แล้วว่าการรักษาที่คุณได้รับอยู่ น่าจะเป็นผลดีอย่างเต็มที่					
21. แพทย์ไม่ได้บอกการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน ให้แก่คุณ					
22. คุณเข้าใจชัดเจนว่าความเจ็บป่วยของคุณ รุนแรงเพียงใด					
23. แพทย์และพยาบาลพูดเกี่ยวกับการรักษา และการรับบริการด้วยภาษาต่างๆที่คุณเข้าใจได้					

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

National Institute of Health Stroke Scale ฉบับภาษาไทย

หัวข้อประเมิน	คะแนน
<p>1. 1a ระดับความรู้สึกตัว(Level of Consciousness, LOC)</p> <p>0 = รู้สึกตัวดี</p> <p>1 = ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นได้</p> <p>2 = ไม่รู้สึกตัว ต้องกระตุ้นซ้ำหรือทำให้เจ็บ</p> <p>3 = ไม่รู้สึกตัว ตอบสนองเฉพาะรีเฟล็กซ์</p>	
<p>1b สามารถบอกเดือน และอายุได้ (LOC Questions)</p> <p>0 = ตอบได้ถูกต้องทั้ง 2 ข้อ</p> <p>1 = ตอบถูกเพียง 1 ข้อ</p> <p>2 = ไม่สามารถตอบคำถามได้หรือตอบผิดทั้ง 2 ข้อ</p>	
<p>1c หลับตา-ลืมตา และกำมือ คลายมือข้างที่ไม่เป็นอัมพาตได้หรือไม่ (LOC commands)</p> <p>0 = ทำได้ถูกต้องทั้ง 2 อย่าง</p> <p>1 = ทำได้ถูกต้องเพียงอย่างเดียว</p> <p>2 = ไม่ทำตามคำสั่ง หรือทำไม่ถูกต้อง</p>	
<p>2. การเคลื่อนไหวของตา (Best Gaze)</p> <p>0 = มองตามได้เป็นปกติ</p> <p>1 = ตาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้าง เหลือบมองไปด้านข้างได้แต่ไม่สุด</p> <p>2 = เหลือบตามองไปด้านข้างไม่ได้เลย หรือมองไปด้านหนึ่งด้านใดจนสุด</p>	
<p>3. การมองเห็น (Visual Fields)การตรวจการมองเห็นนี้ผู้ตรวจจะทำการตรวจตาทีละข้าง โดยอาจใช้มือปิดตาอีกข้างหนึ่งก่อน</p> <p>0 = ลานสายตাপกติ</p> <p>1 = ลานสายตาคิดปกติบางส่วน (Partial Hemianopia)</p> <p>2 = ลานสายตาคิดปกติครึ่งซีก (Complete Hemianopia)</p> <p>3 = มองไม่เห็นทั้ง 2 ตา (ตาบอด)</p>	

หัวข้อประเมิน	คะแนน	
<p><b>4. การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้า (Facial Palsy)</b></p> <p>0 = ไม่พบมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าได้เป็นปกติ</p> <p>1 = กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงเล็กน้อย พอสังเกตเห็นมุมปากตก หรือไม่เท่ากันเมื่อยิ้ม</p> <p>2 = กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงมาก แต่ยังสามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อได้บ้าง</p> <p>3 = ไม่สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าในข้างใดหรือทั้ง 2 ข้างได้เลย</p>		
<p><b>5. กำลังของกล้ามเนื้อแขน (Motor Arm)</b></p> <p>0 = ยกแขนสูง 90 องศาท่ามุมกับลำตัวในท่านั่ง หรือ 45 องศาในท่านอนหงาย และสามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้ตลอด 10 วินาที</p> <p>1 = ยกแขนสูง 90 องศาท่ามุมกับลำตัวในท่านั่ง หรือ 45 องศาในท่านอนหงาย และสามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้เพียงครั้งเดียวไม่ถึง 10 วินาที โดยที่แขนไม่ตกลงบนเตียง</p> <p>2 = ยกแขนขึ้นได้บ้างแต่ไม่ถึงหรือไม่สามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้จากนั้นแขนตกลงบนเตียง</p> <p>3 = ไม่สามารถยกแขนขึ้นได้</p> <p>4 = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแขน</p>	ซ้าย	ขวา
<p><b>6. กำลังของกล้ามเนื้อขา (Motor Leg)</b></p> <p>0 = สามารถยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นให้สะโพกท่ามุม 30 องศากับพื้นในท่านอนหงาย และคงตำแหน่งที่ต้องการได้ตลอด 5 วินาที</p> <p>1 = สามารถยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นให้สะโพกท่ามุม 30 องศากับพื้นในท่านอนหงายได้ครั้งเดียว โดยไม่ถึง 5 วินาที ก็ต้องลดขาลงมา แต่ขาไม่ตกลงบนเตียง</p> <p>2 = ยกขาขึ้นได้บ้างในท่านอนหงายแต่ไม่ถึงตำแหน่งที่ต้องการ ขาตกลงบนเตียงก่อน 5 วินาที</p> <p>3 = ไม่สามารถยกขาขึ้นจากเตียงได้ในท่านอนหงาย</p> <p>4 = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อขา</p>	ซ้าย	ขวา



หัวข้อประเมิน	คะแนน
<p><b>7. การประสานงานของแขนขา (Limb Ataxia)</b> แขนตรวจด้วย finger to nose ขาตรวจด้วย knee to heel</p> <p>0 = การประสานงานของแขนขาทั้ง 2 ข้าง เป็นปกติ</p> <p>1 = พบมีปัญหาของการประสานงานของแขนหรือขา 1 ข้าง</p> <p>2 = พบมีปัญหาของการประสานงานของแขนหรือขา 2 ข้าง</p> <p>UN = แขนหรือขาพิการหรือถูกตัด หรือพบมีปัญหาข้อติดยึดที่ไม่สามารถ แปลผลการตรวจได้</p>	
<p><b>8. การรับความรู้สึก (Sensory)</b></p> <p>0 = การรับความรู้สึกเป็นปกติ</p> <p>1 = สูญเสียการรับความรู้สึกในระดับน้อยถึงปานกลาง การรับความรู้สึก จากวัสดุแหลมคมลดลงบ้างแต่ผู้ป่วยยังสามารถบอกได้ถึงความรู้สึกในบริเวณที่ถูก กระตุ้น</p> <p>2 = สูญเสียการรับความรู้สึกในระดับรุนแรงหรือไม่รู้สึกว่าคุณสัมผัสที่บริเวณ ใบหน้า แขนและขา</p>	
<p><b>9. ความสามารถด้านภาษา (Best language)</b></p> <p>0 = การสื่อภาษาเป็นปกติ</p> <p>1 = การสื่อภาษาสูญเสียไปในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ตรวจพบการสื่อ ภาษาที่ไม่ต่อเนื่อง มีการสูญเสียความเข้าใจหรือความสามารถในการใช้ภาษาในการ สื่อสาร แต่พอเข้าใจได้ว่าผู้ป่วยกำลังพูดถึงเรื่องอะไรอยู่</p> <p>2 = การสื่อภาษาสูญเสียอย่างรุนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อภาษาให้ผู้ตรวจ เข้าใจได้ และผู้ทดสอบไม่สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยกำลังพูดถึงอะไร</p> <p>3 = ไม่พูด หรือที่ global aphasia (ไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้อื่นพยายามสื่อภาษา และไม่สามารถแสดงท่าทาง พูด และเขียนให้ผู้อื่นเข้าใจได้)</p>	
<p><b>10. การออกเสียง (Dysarthria)</b></p> <p>0 = พูดได้ชัดเจนเป็นปกติ</p> <p>1 = พูดไม่ชัดเล็กน้อยถึงปานกลาง (ผู้ป่วยพูดไม่ชัดเป็นบางคำโดยผู้ตรวจพอเข้าใจได้)</p> <p>2 = พูดไม่ชัดอย่างมากหรือผู้ป่วยไม่พูด ผู้ตรวจไม่สามารถเข้าใจคำพูดของผู้ป่วยได้ (โดย ที่ไม่มีความผิดปกติของความสามารถทางภาษา)</p>	

หัวข้อประเมิน	คะแนน
<p><b>11. การขาดความสนใจในด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย (Extinction and Inattention)</b></p> <p>0 = ไม่พบความผิดปกติ</p> <p>1 = มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งของการรับรู้ในด้าน การมองเห็น การสัมผัส การได้ยิน เมื่อมีการกระตุ้น 2 ข้างพร้อมๆ กัน</p> <p>2 = มีความผิดปกติในด้านการรับรู้ มากกว่า 1 อย่าง หรือผู้ป่วยไม่รู้ว่า เป็นมือของตัวเอง หรือสนใจต่อสิ่งเร้าเพียงด้านเดียว</p>	
<b>คะแนนรวม</b>	





### 3. Registration(3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็น การทดสอบความจำ ดิฉันจะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย.....) ตั้งใจฟังให้ดี นะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่บอกซ้ำอีก เมื่อดิฉันพูดจบ ให้คุณ (ตา, ยาย.....) พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวดิฉันจะถามซ้ำ \*การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกัน ประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำให้ 1 คะแนน)

ดอกไม้     แม่น้ำ     รถไฟ    .....

ในกรณีที่มีการทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้     ทะเล     รถยนต์    .....

### 4. Attention/Calculation(5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา, ยาย ....) คิดเลขในใจเป็นไหม ถ้าตอบคิด เป็นทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1. “ข้อนี้คิดในใจ เอา 100 ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ได้ผลเท่าไรบอกมา

.....    .....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2. ดิฉันจะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา, ยาย .....) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลัง ไปตัวแรก คำว่า มะนาว สะกดว่า มอม่่า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ตา, ยาย .....)

สะกดถอยหลังให้ฟังซิ

.....    .....

ว    า    น    ะ    ม

### 5. Recall(3 คะแนน)

เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง (ตอบถูก 1 คำให้ 1 คะแนน)

ดอกไม้     แม่น้ำ     รถไฟ    .....

ในกรณีที่มีการทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้     ทะเล     รถยนต์    .....

### 6. Naming(2 คะแนน)

6.1. ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”    .....

6.2. ชี้นำพิกาะข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”    .....

**7. Repetition**(1 คะแนน)(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

ตั้งใจฟังดิฉัน เมื่อดิฉันพูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย .....) พูดตาม ดิฉันจะบอกเพียงครั้งเดียว  
“ใครใครขายไก่ไข่” .....

**8. Verbal command**(3 คะแนน)

ข้อนี้ฟังคำสั่ง “ฟังดิฉันนะ เดี่ยวดิฉันจะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย .....) รับด้วยมือขวา พับครึ่งกระดาษ แล้ววางที่..... (พื้น, โต๊ะ, เตียง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ A-4 ไม่มีรอยพับให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา พับครึ่ง วางไว้ที่(พื้น, โต๊ะ, เตียง).....

**9. Written command**(1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนด้วยตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย ...) อ่านแล้วทำตาม (ตา, ยาย ...) อ่านออกเสียงหรืออ่านในใจ ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตาได้”

หลับตาได้ .....

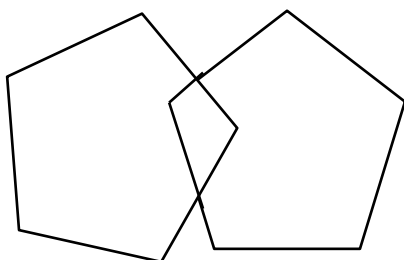
**10. Writing**(1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย .....) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค .....

ประโยคมีความหมาย .....

**11. Visuoconstruction**(1 คะแนน)

ข้อความนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”  
(ในช่องว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)



คะแนนรวม ..... คะแนน



### การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ตัวแปรพยากรณ์ที่นำมาพยากรณ์ทุกตัวไม่ควรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง หรือไม่มี ความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น (Multicollinearity) ใช้การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวและนำเสนอในรูปแบบของตารางความสัมพันธ์ (Correlation matrix) ดังแสดงในตารางที่ 14 (หน้า 79) ซึ่งพบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์กันสูงสุด คือ การเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหากับการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับ อารมณ์

รองลงมา คือ การเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์กับการเผชิญความเครียดแบบจัดการ กับปัญหาทางอ้อม และความรุนแรงของอาการกับความสามารถในการรู้คิด นอกจากนี้ยังมีตัวแปร พยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอีกหลายคู่ แต่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน .80 จึง กล่าวได้ว่า ตัวแปรพยากรณ์ไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงหรือไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พร้อมเชิง เส้น เนื่องจากเกณฑ์การพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระระดับสูงของ Schroder (1990) ใช้เกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .80 ขึ้นไป

2. ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงปกติ ทดสอบ ดังนี้

2.1 การทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov ซึ่งหลักการทดสอบนี้ คือ การเปรียบเทียบค่าฟังก์ชันการแจกแจงสะสมของข้อมูลตัวอย่างกับฟังก์ชันการแจกแจงสะสมของ ข้อมูล ภายใต้สมมุติฐานว่าประชากรมีการแจกแจงปกติ ถ้าค่าความแตกต่างต่ำแสดงว่าการแจก แจงเป็นปกติ ซึ่งในการวิจัยนี้ได้ผลการทดสอบตามตารางที่ 17

จากผลการทดสอบ พบว่า ตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ได้แก่ การเผชิญ ความเครียดแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อม ส่วนตัวแปรการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด มีค่า นัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  แสดงว่ามีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่เป็นโค้งปกติ

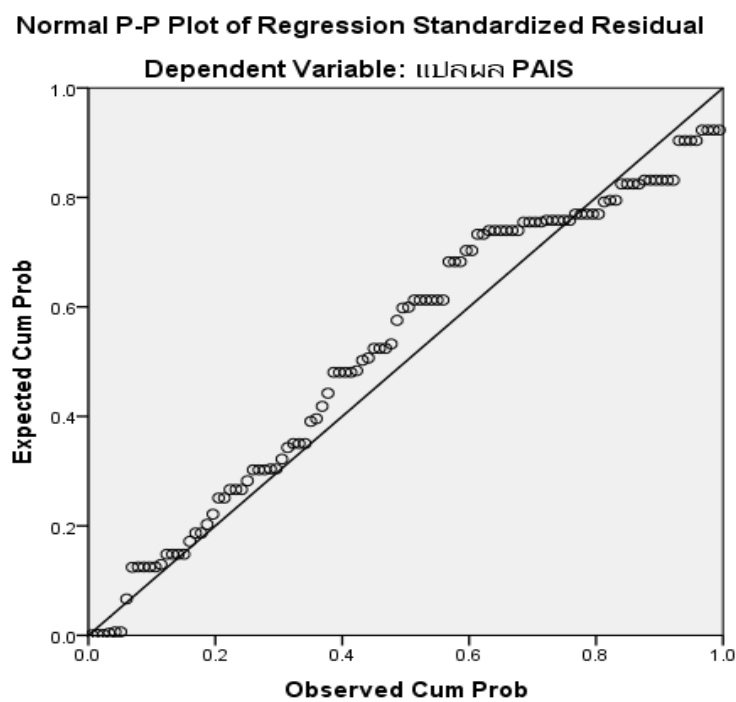
ตารางที่ 15 Test of Normality

	Kolmogorov-Smiirnov <sup>a</sup>		
	Statistic	df	Sig.
PAIS	.158	110	.000
Social	.208	110	.000
Confrontive	.094	110	.018
Optimistic	.105	110	.005
Self-reliant	.084	110	.052
MUIS	.160	110	.000
NIHSS	.250	110	.000
MMSE	.192	110	.000

a. Lilliefors Significance Correlation

2.2 การทดสอบโดยใช้กราฟ ซึ่งเป็นกราฟที่พล็อตค่าของข้อมูลจริงที่เกิดขึ้นกับค่าที่คาดหวัง (Expected Value) โดยค่าที่คาดหวังเป็นเส้นตรง และค่าจริงจะต้องอยู่รอบๆเส้นตรงนั้น ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 กราฟแสดงการตรวจสอบการแจกแจงข้อมูล



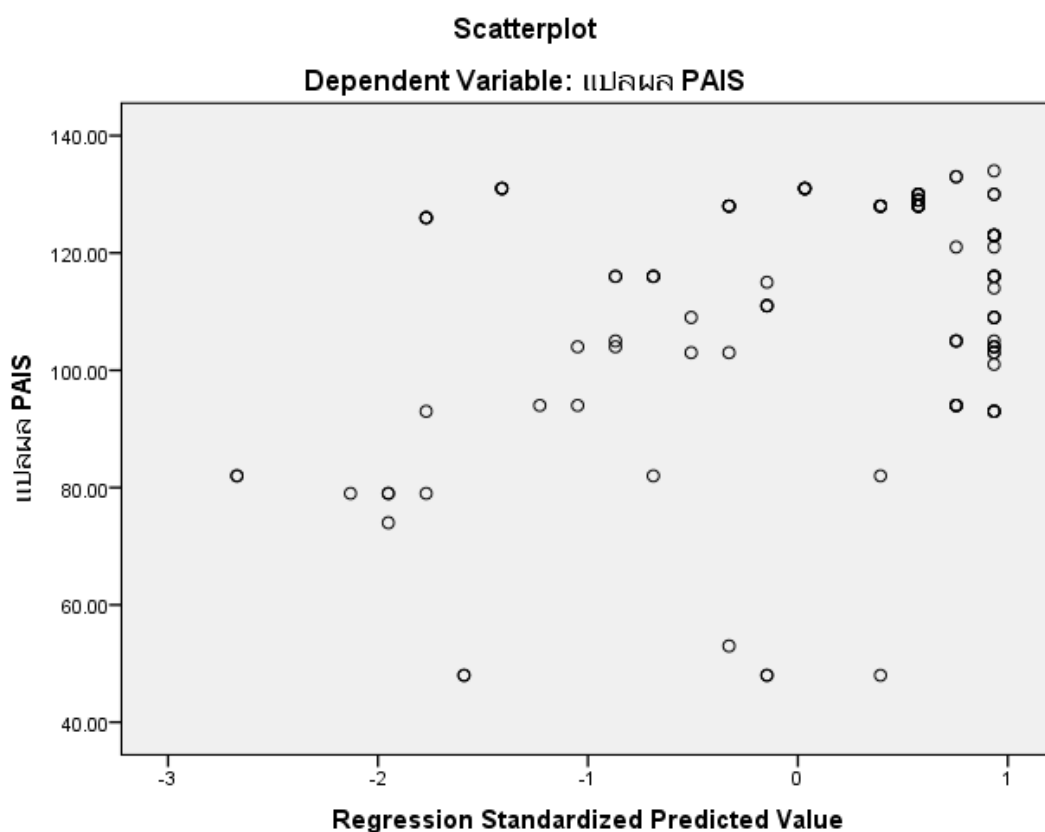
จากแผนภาพที่ 1 พบว่า ค่าจริงของข้อมูลส่วนใหญ่อยู่รอบๆเส้นตรงของค่าที่คาดหวัง แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงใกล้เคียงหรือเป็นปกติ



2.3 ค่าคาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระจากกัน ทดสอบโดยใช้สถิติ Dubin-Watson โดยค่า Dubin-Watson มีค่าใกล้ 2 หรือมีค่าอยู่ในช่วง 1.5-2.5 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกันหรือไม่มีปัญหาค่าความคาดเคลื่อนที่มีความสัมพันธ์กัน (Autocorrelation) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ค่า Dubin-Watson เท่ากับ 2.281 แสดงให้เห็นว่าค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน

2.4 ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีค่าคงที่เท่ากัน ทดสอบโดยการพล็อตกราฟความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับค่าความคลาดเคลื่อน ซึ่งถ้าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายอยู่รอบๆ ศูนย์ หรือมีค่าในช่วงใดช่วงหนึ่งแคบๆ จะถือว่าค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ ดังแสดงในภาพที่ 2

**แผนภาพที่ 2** กราฟแสดงการตรวจสอบค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อน



จากแผนภาพที่ 2 พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนกระจายอยู่รอบๆ ศูนย์ แสดงว่า ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพิมพ์ภัทร ตันติทวีวัฒน์ เกิดเมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2529 ที่จังหวัดลำปาง สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยนเรศวร เมื่อปีการศึกษา 2550 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2556 ปฏิบัติหน้าที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 ถึงปัจจุบัน

