

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

พันตำรวจโทหญิงสุภัทรา ผิวขาว



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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

PREDICTING FACTORS OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AMONG  
THE FIRST STROKE PATIENTS

Police Lieutenant Colonel Supattra Phiwkhao



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	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก
โดย	พันตำรวจโทหญิงสุภัทรา ผิวขาว
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับเป็น  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีรพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

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

สุภัทรา ผิวขาว : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (PREDICTING FACTORS OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AMONG THE FIRST STROKE PATIENTS) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์, อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา, 161 หน้า.

การวิจัยแบบสหสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จากปัจจัยดังต่อไปนี้ ได้แก่ สภาวะการทำหน้าที่ อากาการเหนื่อยล้า อากาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ferrans เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีอายุระหว่าง 30-59 ปี มาติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตำรวจและสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 132 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสภาวะการทำหน้าที่ แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการปวด แบบประเมินการเผชิญปัญหา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .98, .97, .91, .83, .93 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 23.97, SD = 4.28)

2. การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และอาการปวด สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้ร้อยละ 38.3 (Adjusted  $R^2$  = .383)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาร่วม .....

# # 5677221036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE / STROKE / COPING / SOCIAL SUPPORT / PAIN

SUPATTRA PHIWKHAO: PREDICTING FACTORS OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AMONG THE FIRST STROKE PATIENTS. ADVISOR: ASST. PROF. SUNIDA PREECHAWONG, CO-ADVISOR: ASST. PROF.CHANOKPORN JITPANYA, 161 pp.

This predictive research aimed to investigate health-related quality of life and to examine whether functional status, fatigue, pain, coping, social support, and self-care self-efficacy could predict health-related quality of life in the first-time stroke patients. The theoretical framework was based on Conceptual Model of Health-Related Quality of Life of Ferrans. One hundred and thirty-two first-time stroke patients, aged between 30-59, were recruited from the outpatient departments of Police General Hospital and Prasat Neurological Institute. Research instrument was a set of questionnaires consisting of eight parts: The Demographic Patients' Data Form, the Modified Barthel Activities Daily Living Index, the Fatigue Severity Scale, the Numerical Pain Rating Scale, the Coping Strategies Questionnaire, the ENRICH Social Support Questionnaire, the Self-efficacy Questionnaire, and the Quality of Life Index-Stroke Version. The questionnaires were validated by five experts. Internal consistency reliability determined by Cronbach's alpha coefficients were .98, .97, .91, .83, .93, and .97, respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, Spearman's Rank Product Moment Correlation, and stepwise multiple regression. The results were presented as follows:

1. The mean score of health-related quality of life among the first-time stroke patients is in good level (mean = 23.97, SD = 4.28).

2. Social support, coping, and pain are significant predictors that explain 38.3% of the variance in the health-related quality of life among the first-time stroke patients (Adjusted  $R^2 = .383$ ;  $p$ -value < .05).

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Co-Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุ นิดา ปรีชาวงษ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ เสียสละเวลาอันมีค่าให้ความกรุณาชี้แนะ ให้คำปรึกษา และเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความเมตตา เอาใจ ใส่ คอยสนับสนุน และให้กำลังใจผู้วิจัยอย่างยิ่งตลอดระยะเวลาการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึก ซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างสูง มา ณ ที่นี้

ขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์ ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชาธิกร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณา แนะนำให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มาก ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ พันตำรวจเอก นายแพทย์ กิตติ ชีวะอิสระกุล พันตำรวจโท หญิง ดร. สุขฤดี ธีษตฤงคารสกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์ พันตำรวจเอกหญิง นฤมล เพียรเจริญ และนางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาของเครื่องมือวิจัย อีกทั้งข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุง เครื่องมือวิจัยขอบพระคุณเจ้าของเครื่องมือวิจัยทุกท่านที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยในการเก็บ ข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

ขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก และ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านของโรงพยาบาลตำรวจ และสถาบันประสาทวิทยา ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ด้วยความ เต็มใจ

ท้ายที่สุดขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวที่เป็นกำลังใจ และสนับสนุนการศึกษาด้วยความรัก ความห่วงใย เพื่อนๆ และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาททุกคนที่ให้กำลังใจ และให้การช่วยเหลืออย่างดียิ่งเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้เอื้อย นาม ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงด้วยดี

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	3
คำถามการวิจัย .....	3
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย .....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	11
1. โรคหลอดเลือดสมอง.....	13
2. แนวคิดคุณภาพชีวิต .....	27
3. สภาวะการทำหน้าที่.....	40
4. ความเหนื่อยล้า .....	42
5. อาการปวด.....	44
6. วิธีการเผชิญปัญหา.....	47
7. การสนับสนุนทางสังคม .....	51

8. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง .....	57
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	59
10. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	63
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	64
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย .....	67
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย .....	72
การขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	74
ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย/การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	75
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	92
สรุปผลการวิจัย.....	94
อภิปรายผลการวิจัย.....	95
ข้อจำกัดในการศึกษา.....	100
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	100
รายการอ้างอิง .....	102
ภาคผนวก.....	103
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	104
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ .....	106
ภาคผนวก ค ผลการพิจารณาจริยธรรม .....	111
ภาคผนวก ง ตัวอย่างหลักฐานการขออนุญาตใช้เครื่องมือ .....	116
ภาคผนวก จ เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	122
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	130



ณ

หน้า

ภาคผนวก ข ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	150
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	161



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณตามสัดส่วนประชากรของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองครั้งแรกของแต่ละโรงพยาบาลที่จะเก็บข้อมูล.....	65
ตารางที่ 2 ตารางแสดงค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงภายใน .....	73
ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (n = 132).....	79
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำแนกตามชนิด ของโรคหลอดเลือดสมอง ชีพของการเกิดอัมพาต และการวินิจฉัยโรคร่วม (n = 132) .....	82
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองครั้งแรก รายด้านและโดยรวม (n=132).....	83
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาวะการทำหน้าที่ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองครั้งแรก (n=132) .....	84
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองครั้งแรก (n=132).....	85
ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่มีความเหนื่อย ล้า (n = 132) .....	86
ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำแนกตาม อาการปวด (n = 132).....	86
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองครั้งแรก (n=132).....	87
ตารางที่ 11 คะแนนสัมพัทธ์ของวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (n=132) .....	87
ตารางที่ 12 คะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (n=132) .....	87

**ตารางที่ 13** ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (n = 132)..... 88

**ตารางที่ 14** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ( $R^2$ ) และค่าทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การทำนายที่เพิ่มขึ้น ( $R^2$  change) ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยใช้วิธีแบบขั้นตอน(Stepwise) (n=132) ..... 90

**ตารางที่ 15** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และอาการปวด ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก..... 91

**ตารางที่ 16** ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และอาการปวด กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (n=132) ..... 91

**ตารางที่ 17** Test of Normality..... 162

**ตารางที่ 18** ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายและตัวแปรเกณฑ์ ..... 165

**ตารางที่ 19** ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์(correlation matrix) (n = 132) ..... 166

**ตารางที่ 20** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (n=132)..... 167

**ตารางที่ 21** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (n=132)..... 169

**ตารางที่ 22** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (n=132)..... 170

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) หรือโรคอัมพาตเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุดในบรรดาโรคทางระบบประสาทที่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยสาเหตุอาจเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันหรือแตก ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เป็นปัญหาทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 17 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน และมีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 26 ล้านคน เนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงและมีผลทำให้เกิดความพิการเป็นลำดับต้นๆ ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศไทย พบว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศในปี 2556-2558 เท่ากับ 36.13, 38.66 และ 42.62 ตามลำดับ และเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครในปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 48.31 ต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ 2559)

โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูงใน 1 เดือนแรก แต่อัตรารอดชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ระยะเวลา 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี เท่ากับร้อยละ 82, 78 และ 74 ตามลำดับ (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2557) อย่างไรก็ตามภายหลังจากการรอดชีพและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนเป็นต้นไป ผลกระทบจากความเจ็บป่วยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่ซับซ้อนและมีหลายมิติ มุ่งเน้นไปที่ความผิดปกติของร่างกายที่มีผลจากการเจ็บป่วยและการรักษาโรค รวมถึงผลกระทบด้านลบของการเจ็บป่วยต่อมุมมองการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคลต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Ferrans, Zerwic, Wilbur & Larson, 2005) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพ หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยและการรักษาที่มีผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ บทบาทหน้าที่ทางสังคม และเศรษฐกิจ ด้านครอบครัว คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความหมายแตกต่างจากคำว่าคุณภาพชีวิตที่ใช้กันอยู่แต่เดิม เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ใช้กันอยู่เดิมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยตรง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นคุณภาพชีวิตเฉพาะระบบหนึ่งๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพนั้นคือเป็นคุณค่าที่ให้แก่ช่วงเวลาของชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย (Ferrans, et al.,

2005) ในการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและการรักษา หรืออาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) ซึ่งมีผลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละรายแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสภาพความพิการ พยาธิสภาพ สิ่งแวดล้อม สถานการณ์ความสามารถในการจัดการปัญหาและภูมิหลังของผู้ป่วยรายนั้นๆ

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว สูญเสียกำลังของกล้ามเนื้อ ผิดปกติเกี่ยวกับการพูด การเขียน มีปัญหาการกลืน การเคี้ยว การรับรู้ทางสายตาผิดปกติ การมองเห็นแคบลง ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ ตื่นบ่อยในตอนกลางคืน ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ ท้องผูก ผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ การเกิดแผลกดทับ การยึดติดของข้อและเอ็นต่างๆ ข้อติดแข็งและกล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อในปอดและการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; อกันตริ บัวเหลือง, 2553; ขนิษฐา รักษาเคน, 2556) และยังพบว่าด้านการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า การทำหน้าที่ด้านร่างกาย ลดลงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (Alguren, et al., 2012; Bakken, et al., 2011; Dhamon, et al., 2010; Lerdal, 2013)

ด้านจิตใจพบว่า ผลกระทบต่างๆ ของโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว มองโลกในแง่ร้าย สูญเสียคุณค่าในตัวเอง สูญเสียเอกลักษณ์ นอกจากนี้ยังพบภาวะอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย (อกันตริ บัวเหลือง, 2553; ขนิษฐา รักษาเคน, 2556)

ด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลงหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ (อกันตริ บัวเหลือง, 2553) สูญเสียโอกาสทางสังคม ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดั้งเดิม บทบาทในสังคมเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคม เก็บตัวและแยกตัวในที่สุด พบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ หรือไม่สามารถกลับไปทำงานได้ (แสงแก้ว ราชภัคดี, 2550) ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง และว่างงานได้ในที่สุด มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางและค่าจ้างผู้ดูแล (อกันตริ บัวเหลือง, 2553) ส่งผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว

ด้านครอบครัว บทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลง เกิดการพึ่งพาในครอบครัว มีภาระเพิ่มขึ้น เพราะจากความพิการและความผิดปกติที่เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพมีผลกระทบต่อครอบครัวมากที่สุด ส่งผลให้ครอบครัวมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น (Watanabe, et al, 2000; ขนิษฐา รักษาเคน, 2556)

สิ่งต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (Bays, 2001)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่รักษาไม่หาย การดูแลผู้ป่วยจึงไม่ควรมุ่งเพียงแต่เพื่อลดความรุนแรงของโรคเท่านั้น แต่ต้องให้ความสำคัญกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Ferrans, 2005) แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อพยาบาลที่จะใช้ประเมินการตอบสนองของบุคคลต่อความ

เจ็บป่วย เพื่อให้การพยาบาลครบองค์รวม (Peterson & Bredow, 2009) พยาบาลจึงควรมีองค์ความรู้อย่างแท้จริงเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนกิจกรรมการพยาบาล เพื่อป้องกันและแก้ไขปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนปัจจัยที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี และจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่างานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีไม่มาก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาโดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุ (วีรภัทรา ประภาพักตร์, 2554; แสงแก้ว ราชภักดี, 2550; สุจรรยา โลหารชิวะ, 2548) และปัจจัยที่ศึกษาเป็นปัจจัยด้านส่วนบุคคล ด้านประชากร และด้านโรค (อภิมนตรี บัวเหลือง, 2553) ส่วนการศึกษาที่เน้นปัจจัยด้านพฤติกรรม ด้านจิตสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมมีน้อยมาก ดังนั้นผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศเพื่อเป็นแนวทางนำไปสู่การพัฒนาการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกจากปัจจัย สภาวะการทำหน้าที่ อากาเรเหนื่อยล้า อากาเรปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

### คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในเขตกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร
2. สภาวะการทำหน้าที่ อากาเรเหนื่อยล้า อากาเรปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้หรือไม่ อย่างไร

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Conceptual Model of Health-Related Quality of Life) ของ Ferrans และคณะ (2005) ซึ่งมุ่งเน้นไปที่ความผิดปกติของร่างกายซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วยและการรักษา และมองว่าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละบุคคลถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Ferrans และคณะ (2005) ได้แก่

1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Characteristics of the Individual) หมายถึง ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พัฒนาการ จิตใจและด้านชีวภาพของแต่ละบุคคลที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the Environment) หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือแหล่งอื่นๆ รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ โดยปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือเป็นอิทธิพลทางสังคมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ รวมไปถึงอิทธิพลของครอบครัว เพื่อนและระบบบริการสาธารณสุข และปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย เพื่อนบ้านและสถานที่ทำงาน ที่ส่งผลทั้งทางบวกและทางลบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

3) ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Function) ครอบคลุมในระดับโมเลกุล ระดับเซลล์หรือกระบวนการทำงานของอวัยวะทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงด้านชีวภาพมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อส่วนประกอบทั้งหมดของภาวะสุขภาพ คือ การทำหน้าที่ทางร่างกาย อาการ การรับรู้สุขภาพโดยรวมและคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับสภาพการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลและอาศัยการรักษาเป็นหลัก

4) ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความผิดปกติของด้านร่างกาย จิตใจ หรือความสามารถในการรับรู้ของบุคคล และการรู้คิดที่ผิดปกติไปจากเดิม จำแนกเป็น ด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) และด้านจิตสรีระ (Psychophysical)

5) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functional Status) หมายถึง ความสามารถสูงสุดของผู้ป่วยในการทำหน้าที่ในหลายๆด้านให้บรรลุผลสำเร็จ เช่น การทำหน้าที่ทางกาย การทำหน้าที่ทางสังคม การทำหน้าที่ด้านบทบาทหน้าที่ และการทำหน้าที่ด้านจิตใจ ปัจจุบันมุ่งสนใจความบกพร่องทางกายหรือความพิการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

6) ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (General Health Perceptions) หมายถึง การรับรู้องค์ประกอบทั้งหมด ได้แก่ กระบวนการทำงานของร่างกาย อาการและความสามารถในการทำหน้าที่ ที่มีส่วนในการสังเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพ

7) คุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of Life) หมายถึง การมีความสุข มีความผาสุก หรือมีความพึงพอใจในองค์ประกอบ 4 ด้านคือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกปัจจัยต่างๆ จากปัจจัยนั้นต้องมาจากกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans และคณะ (2005) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยนั้นมีแนวโน้มมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สามารถวัดประเมินได้ และพยาบาลสามารถใช้บทบาทอิสระในการจัดการกับปัจจัยดังกล่าวเพื่อช่วยส่งเสริม การดูแลผู้ป่วยโดยตรง เพราะนอกจากพยาบาลจะมีส่วนช่วยดูแลรักษาให้ผู้ป่วยรอดชีวิตแล้ว ยังต้องคำนึงถึงสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ดังนั้นปัจจัยที่นำมาศึกษาได้แก่ ปัจจัยเฉพาะบุคคล คือ การเผชิญปัญหา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยด้านอาการ คือ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ คือ สภาวะการทำหน้าที่ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ การสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยที่เหลื่อมตามกรอบแนวคิดของ Ferrans และคณะ (2005) คือ ปัจจัยด้านชีววิทยา พบว่าเป็นปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับสภาวะการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลและอาศัยการรักษาเป็นหลัก ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมพบที่มีความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามในแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยเลือกใช้ จึงไม่ได้นำมาศึกษาเป็นตัวแปรต้นในครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

**สภาวะด้านการทำหน้าที่ (Functional status)** คือความสามารถในการทำหน้าที่หลายๆ ด้าน รวมถึงความบกพร่องทางกายหรือความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (Sato, Okuda et al. 2016) อาทิ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นอัมพาต ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ รวมถึงความบกพร่องในการสื่อสาร เช่น การใช้และการเข้าใจภาษา การแปลความหมายของสิ่งที่มองเห็นและได้ยิน จับใจความสำคัญไม่ได้ เนื่องจากมีความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการสร้างคำพูดต่างๆออกมา ทำให้เกิดความผิดปกติของการพูด เช่น การพูดมีเสียงแหบ พูดไม่ออก พูดไม่ชัด มีความผิดปกติในการสร้างคำพูดและสื่อความหมาย สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด อึดอัด จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น มีผลต่อความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ส่งผลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของ



ผู้ป่วย (Carod-Artal, et al., 2000; Alguren, et al., 2012; Bakken, et al., 2011; Dhamon, et al., 2010; Lerdal, 2013; อกันตรี บัวเหลือง, 2553)

**ความเหนื่อยล้า (Fatigue)** เป็นอาการที่พบได้บ่อยหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบอุบัติการณ์ร้อยละ 36-77 (Lerdal, 2013) ความเหนื่อยล้าเป็นอยู่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เกิดอาการของโรคจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน โดยพบว่า 10 วันหลังเกิดอาการของโรคพบอุบัติการณ์ความเหนื่อยล้า ร้อยละ 59 และ 1 เดือนพบอุบัติการณ์ความเหนื่อยล้า ร้อยละ 70 และ 3 ปีหลังเกิดอาการพบอุบัติการณ์ ร้อยละ 58 ความเหนื่อยล้าหลังโรคหลอดเลือดสมองเป็นพยาธิสภาพ คงอยู่เป็นระยะเวลานาน ไม่สัมพันธ์กับการออกกำลังกาย ไม่ทราบสาเหตุการเกิดที่แน่ชัด แต่อย่างไรก็ตามความเหนื่อยล้าส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นเป็นประจำเกือบทุกวัน โดยเมื่อสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลา 1 เดือน ร้อยละ 48.2 รายงานว่าอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้น 20-29 วันต่อเดือน ข้อมูลดังกล่าวทำให้ความเหนื่อยล้าเป็นอาการแสดงที่ก่อให้เกิดปัญหาและรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในทุกมิติ (van de Port, Kwakkel et al. 2007, Tang, Lu et al. 2010); Alguren, et al., 2012; Lerdal, 2013; Naess, et al., 2012)

**อาการปวด (Pain)** การเจ็บป่วยมีผลทำให้เกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งแสดงออกหลายลักษณะ ได้แก่ Shoulder pain ซึ่งพบได้ร้อยละ 9-40 และ Central post stroke pain ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดและมีความรุนแรงมาก มีแนวโน้มทำให้มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ทางสังคม และทำให้การปฏิบัติกิจกรรมได้ลดลง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาความสัมพันธ์ของความปวดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าความปวดมีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Wider, et al, 2004; Lindgren, et al, 2007; Naess, et al., 2012)

**การเผชิญปัญหา (Coping)** เป็นปัจจัยเฉพาะบุคคล โดยประสบการณ์และความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นตัวแปรที่ทำให้การตอบสนองต่อปัญหาของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน และจากพยาธิสภาพ ความพิการที่หลงเหลืออยู่ ไม่สามารถกลับไปทำงานหรือใช้ชีวิตได้เหมือนปกติ พี่งพาผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ ทำให้รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง และเริ่มใช้วิธีเผชิญความเครียดต่างๆ เช่น เริ่มแยกตัวออกจากสังคม เก็บตัว สับสน ก้าวร้าว หมดหวัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง การเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพหรืออารมณ์ส่งผลให้มีความบกพร่องในเข้าสังคมของผู้ป่วย และการเผชิญความเครียดโดยมุ่งจัดการด้านอารมณ์ ก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากสาเหตุไม่ได้รับการแก้ไข (Darlington, et al., 2007)

**การสนับสนุนทางสังคม (Social support)** เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ภายนอกตัวบุคคลที่ช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแปลความหมายของเหตุการณ์ ช่วยให้บุคคลทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น คุณภาพและปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับมีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นฟูจากภาวะความเจ็บป่วย ทำให้บุคคลมีกำลังใจ ต่อสู้ปัญหาของแต่ละบุคคลดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ให้การช่วยเหลือ หรือเป็นความปรารถนาที่จะได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด และสามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ในผู้ป่วยการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้มีความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้น อาการของโรคทุเลาลง และมีสถานะอารมณ์เชิงลบดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่ง สามารถปรับตัวได้ มีความพึงพอใจในชีวิต (Bays, 2001; Kim, et al., 1999; อภันตรี บัวเหลือง, 2553)

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self-care Self-efficacy)** เป็นความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต ทำให้พฤติกรรม คุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป ในผู้ป่วย เมื่อมีอาการต่างๆเกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ต่อความสามารถของตนเองลดลง เนื่องจากขาดประสบการณ์ ขาดความมั่นใจ และไม่สามารถจัดการหรือควบคุมอาการผิดปกติต่างๆ ส่งผลให้ไม่กล้าออกกำลังกาย และลดการทำกิจกรรมต่างๆลง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เหมือนเดิม แต่ถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึกทางบวก ทำให้เกิดความมั่นใจ และสามารถจัดการกับอาการต่างๆ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองดีขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี โดยใส่ใจดูแลสุขภาพ และสนใจในการออกกำลังกายมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายได้มากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Robinson-Smith, et al., 2000)

จากแนวเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานดังนี้

### **สมมติฐานการวิจัย**

สถานะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้

## ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่มาติดตามการรักษา ณ หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์และหน่วยตรวจโรคประสาทอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่มีอายุตั้งแต่ 30-59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มาติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ และสถาบันประสาทวิทยา

ตัวแปรต้น ประกอบด้วย สภาวะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากผลกระทบของโรค การเจ็บป่วยและการรักษาที่มีผลต่อความยากลำบากในการประกอบกิจกรรมต่างๆ และต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งในด้านสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจจิตวิญญาณ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว ในแต่ละรายแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสภาพความพิการ พยาธิสภาพ สิ่งแวดล้อม สถานการณ์ความสามารถในการจัดการปัญหาและภูมิหลังของผู้ป่วยรายนั้นๆ ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Quality of Life Index-Stroke Version III) ของ Ferrans & Powers (1996) ฉบับที่แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดยสาลี เณลิมวรรณพงศ์ (2552)

**สภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ในหลายๆด้าน รวมถึงความบกพร่องทางกายหรือความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living) ประเมินโดยแบบประเมิน The Modified Barthel Activities Daily Living Index ฉบับที่แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย บุษกร โลหารชุน, ปานจิต วรรณภีระ, จินตนา ปาลิวนิช, และกัญญารัตน์ คำจูน (2551)

**ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่ามีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย หมดกำลัง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง ประเมินโดยแบบประเมินอาการเหนื่อยล้า Fatigue Severity Scale (FSS) พัฒนาขึ้นโดย Krupp, LaRocca, Muir-Nash, and Steinberg (1989) ฉบับที่แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย อวยพร สวัสดิ์ (2557)

**อาการปวดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่สุขสบายก่อให้เกิดความรำคาญเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล และเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นความรู้สึกที่สลับซับซ้อน ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดและมีความรุนแรงมาก มีแนวโน้มทำให้มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ทางสังคม และทำให้การปฏิบัติกิจกรรมได้ลดลง ประเมินโดยแบบประเมินอาการปวด (Numerical Rating Scale: NRS) ของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2552) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-10 ของอาการปวด

**การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง ความพยายามด้านความรู้ความเข้าใจ รวมถึงการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อจัดการกับความเครียด ความต้องการหรือข้อเรียกร้องภายในและภายนอกที่มีมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงหาวิธีตอบสนองต่อความเครียดด้วยการปรับตัวหรือการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันไปตามลักษณะของบุคคลและสิ่งแวดล้อม ประเมินโดยแบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียด (Coping Strategies Questionnaire) ของ Jalowiec ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 (Jalowiec, 1988) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา สุทธยากร (2531)

**การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่ามีคนให้กำลังใจ ได้รับความรัก การยอมรับจากสังคม ทำให้ตนเองเกิดการรับรู้รู้สึกมีคุณค่า มีการรับรู้ที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นสิ่งประคับประคองทางจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิต จะช่วยให้เผชิญกับความเครียดได้ดี โดยมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพช่วยให้มีความเครียดลดลง ประเมินโดยแบบประเมิน The ENRICHD Social Support Questionnaire (ESSI) แปลเป็นภาษาไทยโดยจันทนา หล่อตจะกุล (2549)

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือตัดสินความสามารถในการกระทำพฤติกรรมและดำเนินพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ โดยที่การรับรู้ทักษะและความสามารถในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งจะเป็นแรงกระตุ้นให้มีพฤติกรรมนั้นขึ้น ถือเป็นการช่วยสร้างพลังให้กับตนเองและมีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลาง

ของจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจว่าจะทำได้ ประเมินโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างตามกรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura(1986) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ วิธีการเผชิญปัญหา มีความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ปัจจัยด้านอาการ ได้แก่ การจัดการความปวด และความเหนื่อยล้า

2. เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่ สภาวะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

3. เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่ สภาวะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มาพัฒนาใช้เป็นแนวทางในการประเมิน วางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

4. นำผลการวิจัยไปพัฒนาสู่การวิจัยเชิงทดลองทางการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จากปัจจัย สถานะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ในบทนี้ผู้วิจัยนำเสนอเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.2 อุบัติการณ์และสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.3 ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.4 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. แนวคิดคุณภาพชีวิต
  - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
  - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
  - 2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
  - 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต
  - 2.5 การประเมินคุณภาพชีวิต
3. สถานะการทำหน้าที่
  - 3.1 ความหมายสถานะการทำหน้าที่
  - 3.2 ความสัมพันธ์ของสถานะการทำหน้าที่กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 3.3 การประเมินสถานะการทำหน้าที่
4. ความเหนื่อยล้า
  - 4.1 ความหมายของความเหนื่อยล้า
  - 4.2 ความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้าต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 4.3 การประเมินความเหนื่อยล้า

## 5. อาการปวด

5.1 ความหมายของอาการปวด

5.2 ความสัมพันธ์ของอาการปวดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5.3 การประเมินอาการปวด

## 6. วิธีการเผชิญปัญหา

6.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา

6.2 ความสัมพันธ์ของวิธีการเผชิญปัญหาต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

6.3 การประเมินวิธีการเผชิญปัญหา

## 7. การสนับสนุนทางสังคม

7.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

7.2 ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

7.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

## 8. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

8.1 ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

8.2 ความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

8.3 การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

## 9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 10. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. โรคหลอดเลือดสมอง

### 1.1 ความหมาย ประเภท และระยะเวลาของโรคหลอดเลือดสมอง

#### 1.1.1. ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมอง

(Cerebrovascular disease [CVD] หรือ Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันหรือแตก ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เป็นสาเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป และทำให้เกิดการทำลายของเซลล์สมองก่อให้เกิดการสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่ มีอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; Book, 2002; Prencipe et al., 1977) อาการที่พบบ่อยคือ อาการอ่อนแรงของแขนขาซีกใดซีกหนึ่ง (Hemiplegia) (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; Barker & Rice, 2001) ผู้ที่รอดชีวิตจะมีปัญหาหลักคือ ความพิการต่างๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับตำแหน่งพยาธิสภาพในสมอง ความพิการที่เกิดขึ้นเป็นจุดสำคัญของการให้การฟื้นฟูสภาพเพื่อลดความพิการ และเพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

โรคหลอดเลือดสมอง องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของ Stroke ว่าเป็นภาวะที่มีความบกพร่องของระบบประสาท ที่มีสาเหตุจากรอยโรคของหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไปก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมงหรือทำให้เสียชีวิต

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 อันเนื่องมาจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตันหรือแตก ทำให้สมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมอง อาการมักเกิดขึ้นรวดเร็ว มีอาการและอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง อาจเป็นชั่วคราวหรือเป็นถาวร



### 1.1.2. ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามลักษณะ พยาธิสรีรวิทยา เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) ภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ 25-30 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด พบน้อยกว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบแต่มีความรุนแรงมากกว่า ผู้ป่วยจะมีเลือดออกในสมอง ทำให้เนื้อสมองบวมขึ้น สมองขาดเลือดไปเลี้ยง และเลือดที่ออกมาไปกดเนื้อสมองทำให้บริเวณเนื้อสมองดังกล่าวเกิดการอักเสบและสมองตายในที่สุด สาเหตุหลักเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559)

2) ภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 70-75 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ที่เกิดจากการตีบตันหรือการอุดตันของลิ้มเลือด เกร็ดเลือดหรือมีไขมันที่ผนังหลอดเลือดด้านใน ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาและเสียความยืดหยุ่น เลือดไหลเวียนได้ไม่สะดวก เซลล์สมองและเซลล์เนื้อเยื่ออื่นๆ ขาดเลือด สมองได้รับเลือดไม่เพียงพอหรือขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้เนื้อสมองตาย ส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาท นอกจากนี้ อาจเกิดจากลิ้มเลือดที่มาจากที่อื่นๆ เช่น ลิ้มเลือดจากหัวใจหรือจากหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอหลุดลอยมาอุดตันหลอดเลือดในสมอง สาเหตุหลักเกิดจาก ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และเส้นเลือด carotid ตีบ/ตัน (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) ในระยะแรกผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือด แต่ถ้ารอดชีวิตจากระยะวิกฤตมาได้ ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองมักจะมีอาการหลงเหลืออยู่น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือด

### 1.1.3. ระยะเวลาของโรคหลอดเลือดสมอง

นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2544) และ Watson & Quinn (1988) ได้แบ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็น 3 ระยะ คือ

1) ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที อาจมีอาการไม่รู้สึกร่วมด้วยหรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนและขาข้างที่อัมพาตจะอ่อนปวกเปียก อาจใช้เวลาตั้งแต่ 1-14 วัน แต่ส่วนใหญ่มักใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง ในระยะนี้ปัญหาที่สำคัญคือ ผู้ป่วยอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้จากการมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

2) ระยะหลังเฉียบพลัน (Post-acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันแล้ว โดยมีระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางลดลง อาจใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมงหรือนานกว่า ในระยะนี้มักมีปัญหาเรื่องการกลืน การเคลื่อนไหว การพูด ปอดบวมขาดสารอาหาร (Phipps, 1991)

3) ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยอาการคงที่ มีความสามารถที่จะรับรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความพิการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่บ้าน

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

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีรอยโรคแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1) รอยโรคของระบบหลอดเลือดทางด้านหน้า ได้แก่ หลอดเลือดแดง Anterior cerebral หรือ Middle cerebral ทำให้เกิดอาการอ่อนแรงครึ่งซีกบริเวณใบหน้า แขนและขา โดยมีความรุนแรงของอาการอ่อนแรงแตกต่างกันตามตำแหน่งของรอยโรค ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นๆ เช่น ขาดความสามารถด้านภาษา พูดไม่ชัด และมองไม่เห็นภาพ

2) รอยโรคของระบบหลอดเลือดทางด้านหลัง ได้แก่ หลอดเลือดแดง Vertebral, Basilar และ Posterior cerebral ทำให้เกิดอาการผิดปกติแตกต่างกันตามตำแหน่งหลอดเลือดที่เลี้ยงสมองที่ควบคุมการทำงานแต่ละส่วน ได้แก่ เดินเซ ขา อ่อนแรงซีกตรงข้ามหรือซีกเดียวกับรอยโรค บ้าหมุน พูดไม่ชัด

## 1.2 อุบัติการณ์และสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ จากสถิติองค์การอนามัยโลก (2004) ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 5,712,240 คน จากผู้ป่วยจำนวนกว่า 15,000,000 คน ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตดังกล่าวนี้ เป็นผู้ชายร้อยละ 8.6 และเป็นผู้หญิง ร้อยละ 11.09 จัดเป็นการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด และองค์การอนามัยโลกประมาณการณ์ว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก ซึ่ง 5 ล้านคน พิกุลถาวร, 5 ล้านคน เสียชีวิต, และ 2/3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสาม รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง (American Heart Association, 2006) รวมทั้งเป็นสาเหตุความพิการหรือไร้สมรรถภาพในการทำงานในการดำเนินชีวิตในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งทำให้

เกิดความสูญเสียทางด้านทรัพยากรและเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก สำหรับในประเทศไทย จากข้อมูลสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 366 คนต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2556 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2558 เท่ากับ 42.62 ต่อประชากร 100,000 คน (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) และข้อมูลจากสำนักงานงานสถิติแห่งชาติยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับสามรองจากโรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553)

ปัจจุบันวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีก้าวหน้ามากสามารถบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤติและลดอัตราการตายลงได้อย่างมาก ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตมีจำนวนมากขึ้น แต่ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความพิการเรื้อรัง (พัชรวิมล คุปต์นิรติศัยกุล, 2545; Clarke, et al., 2002) บางรายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย ปัญหาด้านจิตใจ และมีโรคร่วมเพิ่มมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง (Clarke, et al., 2002) เป็นภาวะแก่ครอครัวและสังคม ดังนั้นโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นภาวะสำคัญอย่างหนึ่งของทีมฟื้นฟูสมรรถภาพที่ร่างกายของประชาชนจะเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ที่มีความเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้ความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดน้อยลง จึงมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ ได้ง่าย ระบบหลอดเลือดเป็นระบบหนึ่งที่สำคัญที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของความยืดหยุ่น มีการสะสมของไขมันและแคลเซียม ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัว และตีบลง เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง โดยเฉพาะสมองซึ่งทำหน้าที่ในการควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ หากหลอดเลือดในสมองมีการตีบตันหรือแตก ส่งผลต่ออวัยวะที่สมองส่วนนั้นควบคุมเสียหายที่ (กิ่งแก้ว ปาจริย, 2547; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง

### 1.3 ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นรวดเร็วในระยะเวลาอันสั้น ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาในการปรับตัวน้อย และเป็นโรคที่ทำให้เกิดความพิการได้มาก อาการที่พบบ่อยได้แก่ แขน ขา และหน้าอ่อนแรง หรือขาด้านตรงข้ามกับรอยโรค มีอาการทางสายตา เช่น ตาบอดชั่วคราวหรือตามองไม่เห็นครึ่งซีก เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หรืออาจชักได้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) กลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ ตันหรือแตก อาการและความรุนแรงในผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง ทำให้เนื้อสมองรับเลือดไปเลี้ยงไม่พอ (Black & Matassari-Jacobs, 1993) ทำให้เกิดปัญหาและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยซึ่งปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันไป ก่อให้เกิดผลกระทบในระยะยาว จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมองแม้กลับไปพักที่บ้านแล้วก็ตามผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับปัญหาทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นแบ่งออกได้ 3 ด้าน ดังนี้

### 1.3.1 ปัญหาด้านร่างกาย

ส่วนใหญ่มีผลมาจากพยาธิสภาพและความพิการที่เหลืออยู่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1,500 คน พบผู้ที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ 750 คน (Brittain, Peet & Castleden, 1998) ซึ่งความพิการและอาการส่วนใหญ่ที่พบจะมี ดังนี้

1.3.1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) และอ่อนแรงครึ่งซีก (Hemiparesis) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาหนักขึ้น นอกจากนี้อาจมีอาการหดเกร็ง (Spasticity) โดยนิ้วมือจะกำแน่น แขนขาเหยียดลำบาก ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและประกอบกิจวัตรประจำวันได้ลำบาก รวมทั้งอาการหดเกร็งยังทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น ปวดไหล่ ข้อไหล่ติด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุด ข้อเข่าแข็งซึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดหัวเข่าของขาข้างที่มีพยาธิสภาพจะหดตัวเป็นระยะเวลานาน ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหว การทรงตัวผิดปกติ การเปลี่ยนอิริยาบถและการเคลื่อนที่ผิดปกติ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนไปอาจอ่อนแรงหรือตึงตัวมากเกินไป/เกร็งกระตุก อาการแสดงจะอยู่ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพในสมอง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหว ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ มีการสูญเสียกำลังของกล้ามเนื้อ มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อต่างๆ เช่น กล้ามเนื้อในการพูด กล้ามเนื้อในการกลืนอาหาร กล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหว พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองหนึ่งหรือสองซีกหรือบริเวณก้านสมองและอาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น การยึดติดของข้อและเอ็น กล้ามเนื้อลีบ กระตุก เปราะบาง ปอดอักเสบและแผลกดทับ รวมทั้งอาจเกิดอุบัติเหตุต่างๆ ได้ พบว่าร้อยละ 75-83 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมีการฝึกเดินใหม่ (Fey, et al., 1998) ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง

1.3.1.2 การสูญเสียด้านประสาทการรับรู้ มีความบกพร่องด้านการมองเห็น (Visual field deficit) เกิดจากการมีพยาธิสภาพของสมองที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะหลอดเลือดส่วนกลางของสมอง (Middle cerebral) พบความผิดปกติของลานสายตาได้ค่อนข้างบ่อย ทำให้ลานสายตาแคบลงหรือเสียไปด้านหนึ่ง (Hemianopsia) และการสูญเสียด้านประสาทการรับรู้ความรู้สึกต่างๆ สูญเสีย เช่น การสูญเสียความรู้สึกต่อสัมผัส การเจ็บปวด แร้งกด ความร้อน ความเย็น การรับรู้ วันเวลา สถานที่ และบุคคลผิดปกติไป มีอาการสับสน การกระะยะทางการเคลื่อนไหว มองเห็นภาพซ้อน ซึ่งทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น ความผิดปกติเหล่านี้จะเสียมากน้อยขนาดไหนขึ้นอยู่กับตำแหน่งพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งความผิดปกติเกี่ยวกับการรับ

ความรู้สึกและการรับรู้ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยถูกจำกัด ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง แต่ส่วนใหญ่ความรู้สึกดังกล่าวจะฟื้นตัวได้ดี โดยเฉพาะความรู้สึกต่อความเจ็บปวดอาจจะฟื้นภายใน 2 เดือน (อรฉัตร โตษยานนท์, 2539)

1.3.1.3 การบกพร่องด้านการสื่อสาร เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายหรือซีกเด่น (Dominant hemisphere) พบได้ถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด โดยความบกพร่องที่พบมี 2 ลักษณะ คือ ผู้ป่วยไม่สามารถพูดสื่อความหมายออกเสียงเป็นคำและพยางค์ได้ ทั้งที่ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของภาษา (Expressive or motor aphasia) เพราะการเคลื่อนไหวของ ปาก ลิ้น แก้ม มีความผิดปกติ เนื่องจากมีการทำลายบริเวณโบรคา (Broca's area) หรือผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้และเข้าใจในภาษาพูด (Sensory aphasia) ทำให้ผู้ป่วยอาจจะพูดจาเรื่อยเปื่อย เหลวไหล หรือคิดประดิษฐ์คำพูดขึ้นเอง เนื่องจากมีการทำลายบริเวณเวอร์นิค (Wernicke's area) หรือผู้ป่วยอาจมีปัญหาทั้งการพูดลำบากและมีปัญหาการรับรู้และความเข้าใจคำพูดที่ได้ยิน (กิ่งแก้ว ปาจริย; 2547; Linton, 2000) นอกจากนี้แล้วความบกพร่องในการสื่อสารอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการพูดหรือกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า จะทำให้ผู้ป่วยพูดช้ามาก พูดไม่ชัด ซึ่งปัญหาการสื่อสารเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับรู้ความคิดของตนเองได้ หรืออาจฟังคำพูดของผู้อื่นไม่เข้าใจ รับรู้ได้ยาก (น้อมจิตต์ นวลเนตร์, 2545; Linton, 2000)

1.3.1.4 การบกพร่องด้านสติปัญญาการเรียนรู้ (Cognition) ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา (Intellectual deficits) ที่พบบ่อย ได้แก่ การลืม (Amnesia) ขาดสมาธิ (Short attention span) เบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย (Easy distractible) การตัดสินใจไม่ดี ความสามารถในการคำนวณมีเหตุผลและจินตนาการผิดปกติไป ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริงได้ ในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกซ้าย ซึ่งถือว่าเป็นซีกที่เด่น ควบคุมการทำงานของร่างกายด้านขวา ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมในเรื่องของความสามารถในการสื่อสาร (Communication ability) โดยผู้ป่วยจะมีการสูญเสียความจำ สับสน การตัดสินใจไม่ดี รวมทั้งมีความผิดปกติด้านการคิดและการคำนวณ (Whitney, 1994) ส่วนสมองซีกขวา ควบคุมการทำงานของร่างกายด้านซ้าย ซึ่งควบคุมในเรื่องการเรียนรู้ (Cognitive intellectual function) ผู้ป่วยจะสามารถติดต่อพูดคุยได้แต่มักจะขาดความสนใจ หรือความสนใจไม่ต่อเนื่อง ขาดสมาธิ ซึ่งทำให้การฝึกการฟื้นฟูสภาพขั้นตอนต่างๆ เป็นไปได้ยาก แต่สามารถฝึกการเรียนรู้ได้โดยการกระตุ้นให้ทำซ้ำบ่อยๆ และซ้ำๆ (อรฉัตร โตษยานนท์, 2539) ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา สูญเสียความทรงจำ ปัญหาเกี่ยวกับการแก้ปัญหา ขาดสมาธิ ความสามารถในการคำนวณ การใช้เหตุผลและจินตนาการผิดปกติ (Hickey, 1986) ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้กับสถานการณ์จริงได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ทั้งหมด จากการศึกษาของแฮคค์์และคณะ (Haacke, et al., 2006) วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองในระยะยาว จำนวน 77 คน วัดสมรรถภาพทางสมองโดยใช้ (Mini Mental State Examination: MMSE) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูญเสียการรับรู้ ความทรงจำ (Cognitive) มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ จากความผิดปกติดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ทั้งหมด จึงเป็นการยากสำหรับผู้ป่วยที่จะเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ทำให้มีพฤติกรรมซ้ำซาก ไม่สามารถใช้สิ่งต่างๆ ได้ตามปกติทั้งที่เคยใช้มาก่อน ตลอดจนไม่สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันและหลบหลีกอันตรายต่างๆ ได้

#### 1.3.1.5 การบกพร่องด้านการควบคุมเกี่ยวกับการขับถ่าย พบผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองมักมีปัญหาด้านการขับถ่ายทั้งปัสสาวะและอุจจาระ ประมาณร้อยละ 15 ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณก้านสมองหรือสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547) จะทำให้สูญเสียการควบคุมกระเพาะปัสสาวะ ไม่สามารถถ่ายออกมาได้หมดในบางรายจะมีปัสสาวะค้างค้ำหรือไม่สามารถขับถ่ายปัสสาวะได้เอง จากความผิดปกติดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยกังวลเรื่องต้องขอความช่วยเหลือจากญาติในการชำระความสะอาดหรือสวนออกให้เมื่อปัสสาวะไม่ออก หรือในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองส่วนหน้าบริเวณคอร์เทค จะเกิดปัญหามีอาการท้องผูก ถ่ายอุจจาระลำบาก (Linton, 2000) แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักไม่มีปัญหาด้านนี้ยกเว้นในช่วงแรก ซึ่งผู้ป่วยบางรายไม่สามารถควบคุมได้เนื่องจากยังไม่รู้สึกตัว (ฉัฐยา จิตประไพ และ ภาวิศ วงศ์แพทย์, 2542; Hinkle, 1998) ส่วนความผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระโดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยมักจะท้องผูกขับถ่ายลำบาก ในบางรายต้องใช้น้ำหรือสวนอุจจาระ จากการศึกษาของแพทเทลและคณะ (Patel, et al., 2007) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 397 คน พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ บ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตด้านร่างกายแย่ง

#### 1.3.1.6 ความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ ความผิดปกติที่พบคือ ความ

ต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศไม่แข็งตัวในผู้ป่วยชายและไม่รู้สึกถึงจุดสุดยอดในผู้ป่วยหญิง จึงทำให้เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยและคู่สมรสเปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงทางด้านเพศสัมพันธ์อาจสืบเนื่องมาจากสาเหตุด้านร่างกาย เช่น อาการเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัสสาวะกะปริดกะปรอย ประกอบกับภาวะความผันผวนทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ซึ่งมีผลทำให้บทบาททางเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยไม่สามารถเป็นไปตามปกติ (อรฉัตร โตษยานนท์, 2539) จากการศึกษาของ Monga, Lawson, & Inglis (1986) ในผู้ป่วย 113 คน เป็นชาย 78 คน หญิง 35 คน พบว่าความต้องการทางเพศลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งเพศชายและหญิง

#### 1.3.1.7 ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการเขียน เช่น พูดไม่ชัด

(Dysarthria) เนื่องจากกล้ามเนื้อในการพูดบริเวณรอบปาก ลิ้น และเพดานอ่อนแรง ทำให้การพูดไม่สัมพันธ์กัน เสียงที่พูดจึงตะกุกตะกัก พูดไม่ได้เนื่องจากประสาทสั่งการเสียไป (Motor aphasia) ได้ยินเสียงแต่แปลความหมายของเสียงไม่ได้ ทำให้พูดตอบโดยไม่มี ความหมาย (Sensory aphasia)

หรือพูดไม่ได้เนื่องจากประสาทสั่งการเสีย และไม่สามารถแปลความหมายของเสียงได้ (Global aphasia) ไม่เข้าใจภาษาเขียน (Alexia) ไม่สามารถบรรยายความรู้สึกออกมาเป็นภาษาเขียนได้ (Agraphia) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติดังกล่าวจะมีพยาธิสภาพบนสมองเด่น ซึ่งจะทำหน้าที่เด่นเกี่ยวกับภาษาและการเขียนในคนที่ถนัดขวาประมาณร้อยละ 90-95 จะมีสมองเด่นอยู่ทางซ้าย จากความผิดปกติเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ เมื่อไม่สามารถติดต่อสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับความคิดของตนเองได้ ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานใจ อาจเกิดภาวะซึมเศร้าและแยกตัวในที่สุด ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง

1.3.1.8 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร อาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการกลืน (Dysphagia) พบประมาณร้อยละ 13-94 โดยอุบัติการณ์ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและรอยโรคในสมอง (American Stroke Association, 2011) การสูญเสียรีเฟล็กซ์ (Reflex) การทำงานผิดปกติของกล้ามเนื้อในการเคี้ยว ทำให้ริมฝีปากปิดแน่นได้ไม่แน่น การเคี้ยวจึงบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถวัตอาหารในทิศทางต่างๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรงไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ ถ้าเพดานอ่อนแรงมากก็ไม่สามารถเคลื่อนปิดกับผนังคอหอยจะทำให้ผู้ป่วยสำลักขณะกลืน จากความผิดปกติดังกล่าว อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล (Electrolyte imbalance) และภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ทำให้สุขภาพร่างกายแย่ลง ซึ่งสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่แย่งลงสอดคล้องกับการศึกษาของเนสและคณะ (Naess, et al., 2006) ศึกษาคุณภาพชีวิตในระยะยาวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด จำนวน 215 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลียคะแนนคุณภาพชีวิตจะต่ำ

### 1.3.2 ปัญหาด้านจิตใจ

เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้และตอบสนอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ความวิตกกังวล เครียด ก้าวร้าว บุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน เฉยเมย หรือความไม่แน่ใจในการดำรงชีวิตอยู่ (ฉัฐยา จิตประไพ, 2543; ปิยภัทร พัทธาวิวัฒน์พงษ์, 2547; Green, 2000) และจากความจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกของร่างกายทำให้ผู้ป่วยรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปไม่ได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีพฤติกรรมรุนแรง (Violent behavior) มีความเศร้าโศกหรือไม่มีความสุข (Grief or unhappiness) ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ภาวะอารมณ์แปรปรวนพบได้ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพบริเวณสมองซีกขวา และภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Post-stroke depression) โดยพบมากถึงร้อยละ 20-60 (Robinson et al., 2000) และมักพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนหน้าซีกซ้าย (Linton, 2000) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซีกเศร้านานๆ จะมีผลต่อการรักษาทางฟื้นฟูสภาพด้วย เพราะภาวะซึมเศร้าเป็นอาการตอบสนองต่อโรคที่

เกิดขึ้น ผู้ป่วยมักกังวลว่าจะต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่าทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการฟื้นฟูสภาพของตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ (ฉัฐยา จิตประไพ และ ภาริส วงศ์แพทย์, 2542) และฟาริดา อิบราฮิม (2539) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ป่วยอัมพาตเป็นผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งไม่แตกต่างกับผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งไม่เพียงแต่ความยาวนานของการฟื้นฟูสภาพ แต่ยังมีคามพิการส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์อยู่มาก ผู้ป่วยจึงมีปัญหาด้านจิตใจ จากการศึกษาถึงปัญหาและสุขภาพจิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 70 คน พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้มากที่สุด คือ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล และผลการศึกษาของ เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์ (2544) ศึกษาถึงภาวะด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลที่ได้รับที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 44 คน พบว่าหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังจำหน่ายไม่แตกต่างกัน แต่มีแนวโน้มลดลงภายหลังการจำหน่าย โดยกล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Early stage) จนกระทั่งอาการดีขึ้นในช่วงเวลา 1 ปี ผู้ป่วยจะมีการปรับตัวได้เมื่อเวลาผ่านไป แต่จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ โรบินสัน และคณะ (Robinson et al., 1985, as cited in Bruckbauer, 1991) จำนวน 103 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 2 ปี พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 26 มีภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่ง มีอาการเศร้าโศก วิตกกังวล ไม่มีเรี่ยวแรง ไม่สนใจสิ่งแวดลอม แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ตื่นแต่เช้า น้ำหนักลด มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย

เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้หรือปฏิบัติได้น้อยลง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวเองอย่างมาก การเข้าสู่กิจกรรมและบทบาททางสังคมลดลง ผู้ป่วยอาจมีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวและไม่สามารถเข้ากับสังคมสิ่งแวดล้อมได้ (Hickey, 1997) อาจมีอาการหงุดหงิด หมดหวัง โกรธง่าย ก้าวร้าว ซึมเศร้า กลัว วิตกกังวลและแยกตัว จากการศึกษาของ เนสและคณะ (Naess, et al., 2006) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในระยะยาวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดจำนวน 215 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตต่ำ

นอกจากนี้ปัญหาด้านจิตใจที่พบอาจเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น พยาธิสภาพของสมอง สภาวะแวดล้อม บุคคลแวดล้อม และกลไกผลักดันทางจิต (Psychodynamic) ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อย มีดังนี้

1.3.2.1 ความซึมเศร้า (Depression) ซึ่งพบได้เป็นประจำในผู้ป่วยโรคนี้ทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง อาการซึมเศร้าแบ่งออกได้ 3 ระดับ คือ

1) อาการซึมเศร้าเล็กน้อย ผู้ป่วยจะมีสีหน้าไม่สบาย เจ็บขม มีอาการเศร้า และจะมีผลกระทบต่อร่างกายร่วมด้วยคือ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย



2) อาการซึมเศร้าปานกลาง อาการจะรุนแรงขึ้นจากอาการซึมเศร้าเล็กน้อยจนถึงขั้นกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการดังนี้ มีอารมณ์เศร้า รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า อารมณ์หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว มีความสนใจแคบ ไม่มีสมาธิ ตัดสินใจเองไม่ได้ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แยกตัว มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายบ่อยครั้ง และจะมีผลกระทบต่อร่างกายเหมือนอาการซึมเศร้าเล็กน้อยแต่อาการจะรุนแรงกว่า

3) อาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมโดยทั่วไปอย่างเห็นได้ชัด ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันเองได้ จะถอยหนีจากโลกของความเป็นจริง คิดฆ่าตัวตาย อาจมีประสาทหลอนหรือหลงผิด

1.3.2.2 ความกลัว (Fear) เป็นพฤติกรรมทางจิตของมนุษย์ที่ใช้ในการปรับตัวต่อภาวะเครียด หรือเป็นความรู้สึกตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อป้องกันตนเองจากอันตรายหรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ความกลัวจะเกิดขึ้นทันทีเมื่อได้รับการกระตุ้น แต่จะคงอยู่ในช่วงสั้นๆ เท่านั้น อาจหายไปถ้าไม่ได้รับการกระตุ้นอีก ความกลัวนี้จะแสดงออกมาในรูปแบบของกลัวตาย กลัวพิการ กลัวทรมาน กลัวการกลับเป็นซ้ำของโรค กลัวถูกทอดทิ้ง เป็นต้น

1.3.2.3 ความกังวล (Anxiety) เป็นปฏิกิริยาของมนุษย์ต่อสิ่งที่ไม่มีความแน่นอนในขณะนั้น เกิดภาวะกดดันทำให้ตึงเครียดไม่สบายใจ หวาดหวั่น รู้สึกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นและมีอาการเปลี่ยนแปลงตามระบบต่างๆ ของร่างกาย สาเหตุของความกังวลในผู้ป่วยโรคนี้อาจเกิดจากความคับข้องใจ (Frustration) รู้สึกขัดแย้งในใจ (Conflict) และความเครียดที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้ยังเกิดจากความคาดหวังเกี่ยวกับการดำเนินโรคล่วงหน้า เช่น เมื่อผู้ป่วยชาติแรกก็เกิดความกังวลว่าต่อไปจะเป็นอัมพาตหรือไม่ ถ้าเกิดอัมพาตแล้วจะหายหรือไม่ เมื่อหาคำตอบให้กับตนเองไม่ได้ก็จะเกิดความกังวลและเป็นการยากที่จะขจัดความกังวลออกไปได้ ความกังวลจะมีผลทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้ กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย หัวใจเต้นแรงและเร็ว ความดันโลหิตเพิ่ม มือเท้าซีดและเย็น หายใจถี่และถี่ผิดปกติ รู้สึกเหมือนจะเป็นลม ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ ส่วนผลการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ได้แก่ จิตใจไม่สงบ ตกใจง่าย ความคิดแตกแยก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า กลัวตาย ส่วนมากผู้ป่วยจะใช้กลไกทางจิตในการลดความกังวล เช่น การไม่ยอมรับ (Denial) การเก็บกดความคิดและความรู้สึก (Repression) ถอยหนีจากเหตุการณ์ (Withdrawal) มีพฤติกรรมถดถอย (Regression) เป็นต้น

1.3.2.4 ความก้าวร้าว (Aggressive) เป็นการกระทำในลักษณะของการทำร้ายหรือเป็นคำพูดที่รุนแรงต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ จุดประสงค์เพื่อป้องกันตัวหรือพิทักษ์สิทธิของตน ความก้าวร้าวอาจแสดงออกมาในรูปแบบเด่น (Superiority) ด้วยการ

วางอำนาจ หยิ่ง ตูถูกคนอื่น จุกจิกจู้จี้ พฤติกรรมก้าวร้าวมีลักษณะต่างๆ กัน เช่น แสดงอารมณ์หงุดหงิด ขาดความอดทน แสดงท่าไม่เป็นมิตร พูดแต่ในแง่ร้าย ใช้วาจาหยาบคาย ทุบทำลายสิ่งของ

1.3.2.5 ความรู้สึกสูญเสีย (Loss) โดยปกติแล้วมนุษย์สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมักจะต้องพึ่งพาผู้อื่นไม่มากก็น้อย จะเกิดความรู้สึกสูญเสียในด้านต่างๆ มากมาย ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความหมายและมีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนาน และผู้ป่วยบางรายแม้ว่าการสูญเสียนั้นจะเล็กน้อยก็ตาม แต่จากปัญหาต่างๆ ที่รุมเร้าผู้ป่วยทำให้เขารู้สึกว่าสูญเสียมากกว่าความเป็นจริง การสูญเสียในผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่

- 1) การสูญเสียความสบายทางร่างกาย จากอาการประจำของโรค เช่น ปวดไหล่ เคลื่อนไหวลำบาก พูดลำบาก กลืนลำบาก
- 2) การสูญเสียความรู้สึกที่ปกติ เนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้จะรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตไม่ดีตลอดเวลา จึงต้องระมัดระวังสุขภาพของตนเองเป็นพิเศษ
- 3) การสูญเสียความสามารถในการพึ่งตนเองจากการเจ็บป่วยจากโรค ทำให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาญาติ โรงพยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพ
- 4) การสูญเสียความพึงพอใจในตนเองและอัตมโนทัศน์ โรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมาก ผู้ป่วยจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ของตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า

### 1.3.3 ปัญหาด้านสังคม

เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยของโรค เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป บทบาทในครอบครัวและสังคมทั้งตัวผู้ป่วยเองและสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้น้อยลงหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้ ประกอบกับผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคม นอกจากนี้ ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพภายในครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสังคม ซึ่งส่วนมากเป็นไปในรูปแบบเห็นทางหรือเสื่อมลง ผู้ป่วยอายุที่จะเผชิญหน้ากับเพื่อนฝูง หรือเข้าสังคม (ฉัฐยา จิตประไพ, 2543; Hafsteindottir & Grypdonck, 1997) ซึ่งจะทำให้สังคมของผู้ป่วยแคบลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตไม่มีคุณค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความคับข้องใจเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ไม่สามารถทำงานที่เคยทำได้ หรือ ผู้ป่วยเคยเป็นเรี่ยวแรงสำคัญในการหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต และทำให้เกิดความเครียด (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539; โอภาส ธรรมวานิช, 2540) จากการศึกษาของ Castellucci (2004) ศึกษาผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 คน ในระยะเวลา 1 เดือน หลังจากได้รับการวินิจฉัยผู้ป่วยร้อยละ 75 กล่าวว่า มีความสุขเวลาที่มีบุคคลในครอบครัวอยู่ด้วย

ใกล้ๆ ร้อยละ 45 กล่าวว่า พวกเขา รู้สึกเสียใจเมื่อบุคคลในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้านทุกเช้า ทำให้เกิดความห่างเหินต่อกัน ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับญาติและสังคมเปลี่ยนแปลงเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวและสังคม หากผู้ป่วยคับข้องใจ ไม่สามารถยอมรับบทบาทใหม่ได้ทำให้เกิดความเครียด (Frazan, 1991) ด้านครอบครัวต้องมีการปรับบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว หน้าที่รับผิดชอบเพิ่มขึ้น เปลี่ยนบทบาทหน้าที่มาเป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยต้องการการดูแลเป็นระยะเวลานาน ครอบครัวต้องเผชิญกับความขัดแย้งและสับสน ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระเครียด ความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยลดลง

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผลของโรคทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมได้น้อยหรือไม่ได้เลย ประกอบกับผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจยิ่งทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคม (Social deprivation) จึงเกิดปัญหาตามมาดังนี้

1.3.3.1 การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับญาติ ซึ่งส่วนมากจะเป็นไปในรูปของการเหินห่าง สาเหตุเกิดจากอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย เมื่อญาติพูดคุยหรือให้การดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกว่าไม่ถูกใจตนเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะพูดคุยหรือได้รับการดูแลจากญาติ สัมพันธภาพที่ผู้ป่วยแสดงออกต่อญาติจึงดูห่างเหิน

1.3.3.2 การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับสังคม ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปการห่างเหินเช่นเดียวกัน อาจมีสาเหตุหลายประการ เช่น ผู้ป่วยรู้สึกอายที่ตนเองพิการ และเจ็บป่วยเรื้อรังจึงทำให้ไม่อยากเข้าสังคม ค่านิยมของสังคมปัจจุบันที่ยกย่องและให้ความสำคัญกับผู้ที่แสดงความสามารถจนเป็นที่ประจักษ์แก่สังคม จึงยิ่งทำให้คุณค่าของผู้ป่วยลดลงและการยอมรับจากสังคมลดลงเช่นเดียวกัน

1.3.3.3 การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว จากการเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการจะส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว เช่น จากที่เคยพึ่งพาตนเองได้หรือเป็นที่พึ่งของผู้อื่นก็ต้องพึ่งพาผู้อื่น หากเดิมผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งหาเลี้ยงครอบครัวตลอดจนตัดสินใจปัญหาต่างๆ ในครอบครัวด้วยตนเอง แต่หลังจากป่วยผู้ป่วยกลับกลายเป็นบุคคลที่ครอบครัวจะต้องหาเลี้ยงและในบางครั้งครอบครัวยังต้องช่วยตัดสินใจปัญหาให้ผู้ป่วยอีกด้วย ยิ่งทำให้ผู้ป่วยคับข้องใจและหากไม่สามารถยอมรับบทบาทใหม่ได้ยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด ละอายใจ และรู้สึกว่าตนไร้ค่าที่ไม่สามารถรับผิดชอบครอบครัวได้เหมือนเดิม การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวนี้จะส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย

1.3.3.4 การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม หากเดิมผู้ป่วยเป็นหัวหน้าวางแผน ควบคุมตลอดจนสั่งงานลูกน้อง แต่หลังจากป่วยนอกจากจะไม่สามารถรับผิดชอบบทบาทเดิมได้แล้ว อาจต้องย้ายไปอยู่ตำแหน่งที่ไม่มีความสำคัญอะไรเลยหรืออาจต้องออกจากงาน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตมากขึ้น

### 1.3.4 ปัญหาด้านเศรษฐกิจ

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานาน ย่อมเป็นภาระของครอบครัวที่จะต้องดูแลเอาใจใส่ให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพ ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลการฟื้นฟูสภาพ ค่าเดินทางในการรักษาหรือค่าจ้างผู้ดูแลให้กับผู้ป่วยทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน สมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ต้องหยุดประกอบอาชีพขณะให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นสมาชิกคนอื่นจึงจำเป็นต้องเลี้ยงดูและช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีภาวะเศรษฐกิจไม่มั่นคงมีการรับรู้ และ การเกิดความเครียดได้สูงกว่า

โดยสรุปจากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ต้องได้รับการแก้ไขเนื่องจากอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัวของผู้ป่วยด้วย ภาครัฐและบุคลากรด้านสุขภาพจึงต้องตระหนักและให้ความสำคัญในการรณรงค์ป้องกันไม่ให้เกิดโรค เพราะจากความพิการและความผิดปกติที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ จึงต้องการความช่วยเหลือและดูแล และหากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ดีพอ มักเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ทำให้ต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลนานจึงสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

### 1.4 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญมาก เนื่องจากหลังจากผู้ป่วยมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลควรต้องวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วให้ลดลง (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

1. ปัญหาด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แนวทางในการแก้ไขปัญหาการทำกิจวัตรประจำวันคือมุ่งแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆ ลดลง หรือหาเทคนิคต่างๆ มาชดเชยความบกพร่องที่เกิดขึ้น ซึ่งความสำเร็จของการดูแลรักษาขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้ป่วย และการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม และพบว่าร้อยละ 48-58 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถกลับมาดูแลตนเองได้

2. ปัญหาด้านสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยทำงานและมีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ และครอบครัวต่างก็ได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น รายได้ของผู้ป่วยต่อเดือนลดน้อยลงหรือขาดรายได้ เนื่องจากความสามารถในการทำงานลดลง ทำให้ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ตามปกติ ส่งผลให้สูญเสียรายได้ บางครอบครัวขาดรายได้เกือบทั้งครอบครัวเพราะภรรยาหรือลูกต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการ

ดูแลรักษาฟื้นฟูจึงต้องให้คำปรึกษาด้านนี้ด้วย รวมทั้งหาแหล่งสนับสนุนเพื่อให้ความช่วยเหลือทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ร่วมกับการวางแผนการดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพด้วย

3. ปัญหาด้านการสื่อสาร การสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีผลต่อการเรียนรู้และการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาอาจเกิดจากการพูดไม่ชัดหรือความสามารถในการสื่อสารลดลง เพราะฉะนั้นการดูแลฟื้นฟูสภาพด้านการสื่อสารให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารให้ได้มากที่สุดจึงเป็นสิ่งสำคัญ การปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมโดยการลดสิ่งเร้าที่ไม่จำเป็น ช่วยเพิ่มการกระตุ้น หรือการชี้แนะให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แนะนำทางเลือกใหม่ๆ ทดแทนความบกพร่องที่สูญเสียไป โดยพยาบาลต้องประเมินระดับความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย เพื่อให้ความช่วยเหลือได้ตรงตามความต้องการหรือความบกพร่องในส่วนนั้นๆ จัดหาอุปกรณ์เพื่อช่วยส่งเสริมให้การสื่อสารของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย

4. ปัญหาด้านการรู้คิด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจากเกิดโรค ทำให้มีปัญหาในการดำรงชีวิต เช่น การแปลความหมาย การทำความเข้าใจ การจดจำ ขาดสมาธิ รวมถึงการแสดงออกได้อย่างเหมาะสม มีความบกพร่องในการคิดวิเคราะห์ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการรู้คิด จะส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพ จึงต้องให้การดูแลและแก้ไขปัญหาโดยตรง ด้วยการฝึกปฏิบัติกิจกรรมจริงเมื่อทำได้แล้ว เน้นย้ำให้เห็นความสำคัญและให้ฝึกทบทวนบ่อยๆ หาเทคนิควิธีหรืออุปกรณ์มาชดเชยส่วนที่สูญเสียไป หรือปรับสภาพให้เหมาะสมกับความบกพร่อง

5. อาการกลืนลำบาก เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลต้องประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองใหม่ๆ ต้องประเมินความสามารถในการกลืนทันทีที่ทำได้ เพราะอาการกลืนลำบากเป็นสาเหตุของการเกิดอาการสำลัก ทำให้เกิดปอดอักเสบ ติดเชื้อ พยาบาลสามารถให้การดูแลช่วยเหลือโดย การฝึกกลืนเนื้อบริเวณปาก ลิ้น คอ การดัดแปลงอาหารเพื่อให้กลืนได้ง่ายไม่สำลัก การจัดทำ และเทคนิควิธีการต่างๆ เพื่อช่วยให้การกลืนมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและป้องกันการสำลัก

6. ปัญหาด้านการขับถ่าย ที่พบบ่อยได้แก่ การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ สาเหตุเกิดจากการขาดการควบคุมจากสมอง มีปัสสาวะเล็ด ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินการกลั้นปัสสาวะ เพื่อวางแผนในการดูแลช่วยเหลือปัญหาเรื่องการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ และการมีปัสสาวะเล็ด ส่วนอาการท้องผูก แก้ไขโดยการดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอให้อาหารที่มีกากใยอาหาร ช่วยนวดหน้าท้องเบาๆ เพื่อช่วยในการเคลื่อนไหวของลำไส้ จัดเวลาขับถ่ายให้เหมาะสมเป็นเวลา ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องท้องผูกมากอาจช่วยสวนหรือล้างให้

7. ปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างเหมาะสม ในระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนแรงและมีการดึงตัวลดลง ที่พบบ่อย คือ ข้อไหล่หลุด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบผู้ป่วยมีอาการปวดไหล่ทำให้จำกัดการเคลื่อนไหว เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหากไม่ได้รับการแก้ไขต่อมาจะเริ่มมีกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก สูญเสียการทรงตัว การเคลื่อนไหวผิดปกติส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลสามารถช่วยเหลือดูแล โดยการแนะนำและฝึกให้ผู้ป่วยและญาติช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ใช้เทคนิคหรืออุปกรณ์ต่างๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูส่งเสริมให้กล้ามเนื้อของผู้ป่วยแข็งแรง การประเมินที่ดีและถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก จะทำให้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้เร็ว ส่งเสริมความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตัวเองได้เร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดี

8. การรับรู้ความรู้สึกลดลงหรือผิดปกติ การรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนังสูญเสียไป มีปัญหาการทรงตัว และการประสานงานการเคลื่อนไหว แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลตรวจความผิดปกติของผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ตรวจสอบความแม่นยำในการหยิบจับสิ่งของ และช่วยเหลือในการทรงตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

9. ปัญหาด้านกลวิธีการเผชิญปัญหา (Coping strategies) เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถเผชิญปัญหาได้น้อย จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมาก การดูแลผู้ป่วยจึงควรเน้นให้ทางเลือกที่เป็นไปได้ และให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแล

## 2. แนวคิดคุณภาพชีวิต

### 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

ปัจจุบันนี้คำว่า “คุณภาพชีวิต” มีการกล่าวถึงและนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะเมื่อมีการกล่าวถึงเป้าหมายหรือผลของการพัฒนาองค์กรต่างๆ ทั้งของภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะทางด้านสาธารณสุขและสังคมศาสตร์ เนื่องจากคุณภาพชีวิตของประชากร คุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นนามธรรม และเป็นคำที่ใช้ในเชิงเปรียบเทียบ มีขอบเขตกว้างและซับซ้อนยากต่อการให้ความหมายที่ชัดเจน คุณภาพชีวิตมีความหมายกว้าง สามารถครอบคลุมเรื่องต่างๆ ทั้งในรูปธรรมและนามธรรม (Adkins, 1993) ในทางการแพทย์ได้กำหนดให้คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายที่สำคัญอย่างหนึ่งของการให้บริการรักษาพยาบาล เนื่องจากแนวคิดในการรักษาพยาบาลในปัจจุบันไม่ได้มุ่งหมายให้ผู้ป่วยหายจากโรคเพียงอย่างเดียว แต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย คุณภาพชีวิตจึงเป็นที่ถูกกล่าวถึงในงานวิจัยต่างๆ เพื่อศึกษาการตอบสนองของผู้ป่วย/ผู้รับบริการต่อการเจ็บป่วย การจัดการกับอาการ

การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาต่าง ๆ ของการดำเนินของโรค เพราะคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ เป็นความคิดที่เกิดขึ้นภายหลังการตระหนักรู้ถึงเหตุการณ์บางอย่างที่บุคคลมีประสบการณ์ในช่วงเวลาหนึ่ง คุณภาพชีวิตจึงเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สถานที่ และการรับรู้ของบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์ ความสนใจประเพณี วัฒนธรรม ศาสนา จริยธรรม และค่านิยมที่แตกต่างกัน (Zhan, 1992) และการให้ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตยังมีลักษณะหลากหลายยังไม่สามารถอธิบายในลักษณะสากลได้ มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้หลายลักษณะและพบว่าส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงหรือสอดคล้องกัน แต่จะแตกต่างกันในรายละเอียดตามทัศนคติของแต่ละบุคคล ความหมาย “คุณภาพชีวิต” ที่ใช้ในภาษาไทย เป็นคำที่แปลมาจากภาษาอังกฤษที่เรียกว่า “Quality of Life”

คุณภาพชีวิตตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าประกอบด้วยคำ 2 คำ คือคุณภาพและชีวิต “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะที่ดีเด่นของสิ่งใด ๆ ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น “คุณภาพชีวิต” จึงหมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

และจากการทบทวนวรรณกรรมได้มีผู้ให้นิยามคุณภาพชีวิตไว้หลายความหมาย ดังนี้

Orem (1985) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก (Well-being) เป็นภาวะที่แต่ละบุคคลรับรู้ต่อสภาวะการณที่เป็นอยู่ แสดงออกโดยความยินดี ความพึงพอใจและความสุขที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ การบรรลุถึงอุดมคติแห่งตน และเกิดเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคลนั้น บุคคลสามารถมีความผาสุกได้แม้จะตกอยู่ในภาวะของความลำบากหรือการสูญเสียโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย คนที่เจ็บป่วยเรื้อรังอาจรับรู้ความผาสุกได้เนื่องจากความผาสุกเป็นการรับรู้ถึงภาวะของตน ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าความผาสุกของบุคคลพิจารณาจากความพึงพอใจและความผาสุกในชีวิต แม้จะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยบุคคลอาจรับรู้ความผาสุกได้ถ้ามีแหล่งประโยชน์หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องสนับสนุนอย่างเพียงพอ

Ferrans and Powers (1992) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตโดยให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกถึงการมีความผาสุกของบุคคลซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตและมีความสำคัญกับบุคคลนั้น

Zhan (1992) ได้วิเคราะห์แนวคิดคุณภาพชีวิตและสรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ

Padilla & Grant (1985) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย การรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา และความรู้สึกต่อสังคม

รอบตัวผู้ป่วยโดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

อำนวยพร อาชานอก (2549) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีความพึงพอใจในชีวิตต่อภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ต่อสภาพการณ์ที่ปรากฏจริงที่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่รับรู้และประเมินได้ด้วยตนเอง

อุทุมพร จามรมาน (2530) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า บางคนหมายถึงสภาพทางจิตใจที่รู้สึกมีความสุข บางคนมองถึงบริการของรัฐที่ก่อให้เกิดความสะดวกสบาย บางคนมองครอบคลุมถึงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ที่กลมกลืนกัน บางคนมองเฉพาะสังคมที่มีระเบียบและมีความปลอดภัย

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสภาวะของตนเอง ตามบริบทสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม มีความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตและความคาดหวังของแต่ละบุคคล

จากการที่มีผู้ศึกษาและให้ความหมายหรือแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้มากมาย Ferrans (1992) ได้สรุปแนวคิดและจัดกลุ่มความหมายหรือคำจำกัดความเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตออกเป็น 5 กลุ่ม ใหญ่ๆ ได้แก่

1. กลุ่มที่มีความหมายเกี่ยวกับการดำรงชีวิตโดยปกติทั่วไป
2. กลุ่มที่มีความหมายเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นสุข และความพึงพอใจ
3. กลุ่มที่มีความหมายเกี่ยวกับการบรรลุความคาดหวัง หรือความต้องการของบุคคล
4. กลุ่มที่มีความหมายที่เกี่ยวกับความสามารถทางธรรมชาติของบุคคล ได้แก่ ความสามารถทางกายภาพ ความสามารถทางจิตใจทางกายภาพ ความสามารถทางจิตใจ
5. กลุ่มที่มีความหมายเกี่ยวกับบทบาทและความสามารถทางสังคมของบุคคล

จากความหมายของคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยได้ศึกษามาอาจสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากผลกระทบของโรค การเจ็บป่วยและการรักษาที่มีผลต่อความยากลำบากในการประกอบกิจกรรมต่างๆ และต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งในด้านสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจจิตวิญญาณ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว

## 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การที่มนุษย์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่เป็นองค์ประกอบมากมาย ซึ่งแต่ละองค์ประกอบก็มีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกัน ตามธรรมชาติของแต่ละบุคคลหรือแต่ละสังคม



Ferrans (1992) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้านดังนี้

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (Health and functioning domain) ได้แก่ สภาวะสุขภาพ รวมถึงการดูแลสุขภาพของบุคคล ภาวะพึ่งพิงด้านร่างกาย การตอบสนองของร่างกาย อาการหรือภาวะไม่สุขสบายต่างๆ การปฏิบัติกิจกรรม เพศสัมพันธ์ และการทำงานอดิเรก
2. ด้านสังคมเศรษฐกิจ (Socioeconomic domain) ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ รายได้ ที่อยู่อาศัย อาชีพ การศึกษา เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์
3. ด้านจิตใจและจิตสังคม (Psychological/ spiritual domain) ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขในชีวิต ความรู้สึกต่อตนเอง เป้าหมายในชีวิต ความเชื่อทางศาสนา และความรู้สึกสงบสุข
4. ด้านครอบครัว (Family domain) ได้แก่ ความสุขในครอบครัว คู่สมรส บุตร และ สภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว

Flanagan (1982) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ว่าเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุ ได้แก่ มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ
2. มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่นๆ นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย
3. การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น
4. มีการพัฒนาทางบุคลิกภาพ และมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้ สนใจการเรียนรู้ และเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานทำที่น่าสนใจ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกมทางสร้างสรรค์
5. มีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

Zhan (1992) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า ควรประกอบด้วยความพึงพอใจในชีวิตในเรื่องต่างๆไป ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านสังคมและเศรษฐกิจ

Padilla & Grant (1985) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า ควรประกอบด้วยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกายและจิตใจ

ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาโรค รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย

### ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

Duncan และคณะ (2003) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพคือความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ความสมบูรณ์ของร่างกาย การปราศจากโรคหรือความพิการ หรือการที่มีสภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ หรือปัญหาทางด้านสุขภาพที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยทางด้านร่างกายในมุมมองของผู้ป่วยเอง

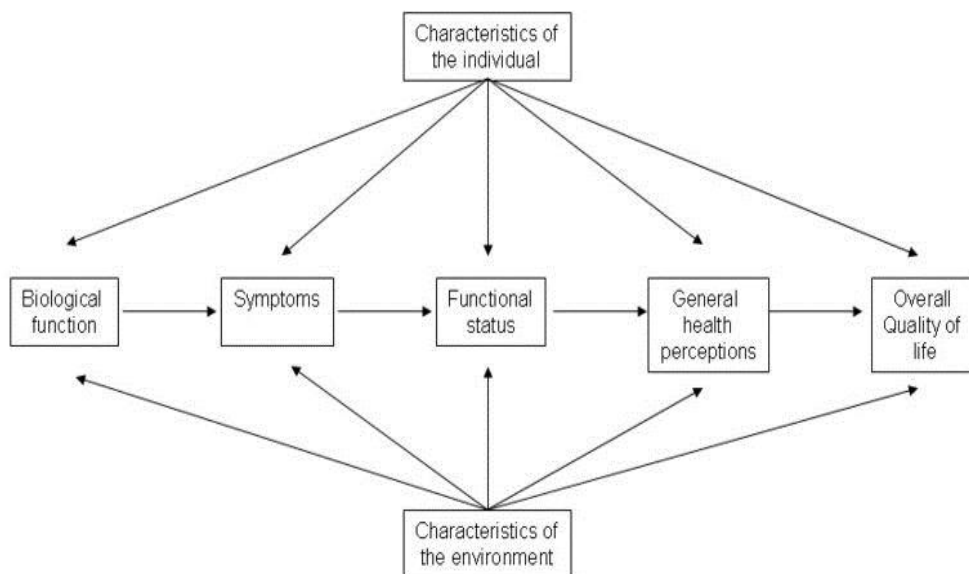
คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีความสำคัญอย่างมากที่จะช่วยให้เข้าใจโรคและการรักษาที่ส่งผลต่อชีวิตของผู้ป่วยอย่างไรบ้างในมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง (Patient perspective) ตรงกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) จะเห็นได้ว่าภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้นเป้าหมายในการรักษาจึงเพื่อดูแลไม่ให้เกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยมีชีวิตที่หลงเหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ การมีสุขภาพที่ดีจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงกลายมาเป็นสิ่งสำคัญในการศึกษาวิจัยเพื่อวัดผลกระทบจากการเจ็บป่วย ผลของการรักษา และวิเคราะห์หาสาเหตุของโรคที่มีความเฉพาะของโรค (นิตยา ศรีสุข, 2551 อ้างถึงในนิตยา ฤทธิเพชร, 2554)

### 2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ในระบบบริการสุขภาพ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพถือเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากเป็นภาวะที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะสุขภาพ แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการศึกษาวิจัยทางด้านสุขภาพ เนื่องจากการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความตรงและความเที่ยงสามารถบ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

Wilson and Cleary (1995) มองว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายความรวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

Ferrans และคณะ (2005) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไว้ว่า เป็นการมุ่งเน้นไปที่ความผิดปกติของร่างกายซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วยและการรักษาโรค โดยมุ่งเน้นที่ผลกระทบด้านลบของการเจ็บป่วยต่อมุมมองการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคลต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น Ferrans และคณะ (2005) ได้นำ Wilson and Cleary model for health-related quality of life มาพัฒนาปรับปรุงเป็น Conceptual model of health-related Quality of Life



Revised Wilson and Cleary Model for Health-Related Quality Life (2005).

Conceptual Model of Health-Related Quality of Life ของ Ferrans และคณะ (2005) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคคลไว้ดังนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Characteristics of the individual) หมายถึง ปัจจัยด้านชีววิทยาเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาการ และจิตใจ กล่าวคือ

ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส เชื้อชาติ และการทำหน้าที่ด้านชีววิทยาของแต่ละบุคคลมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ด้านพัฒนาการเป็นปัจจัยเฉพาะบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านชีววิทยา

ด้านจิตใจ จำแนกเป็น 1) กระบวนการรับรู้ไตร่ตรอง (Cognitive appraisal) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ความเชื่อและทัศนคติต่อการเจ็บป่วย การรักษาหรือพฤติกรรม 2) การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective response) เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว หรืออารมณ์สนุกสนาน และ 3) แรงจูงใจ (Motivation) ซึ่งองค์ประกอบด้านจิตใจเป็นกลไกขับเคลื่อนภายในตัวบุคคล เปลี่ยนแปลงได้ และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the environment) หมายถึง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือเป็นอิทธิพลทางสังคมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ รวมไปถึงอิทธิพลของครอบครัว เพื่อนและระบบบริการสาธารณสุข และปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย เพื่อนบ้านและสถานที่ทำงาน ที่ส่งผลทั้งทางบวกและทางลบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

3) ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological function) ครอบคลุมในระดับโมเลกุล ระดับเซลล์หรือกระบวนการทำงานของอวัยวะทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงด้านชีวภาพมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อส่วนประกอบทั้งหมดของภาวะสุขภาพ คือ การทำหน้าที่ทางร่างกาย อาการ การรับรู้สุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิต

4) ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความผิดปกติของด้านร่างกาย จิตใจ หรือความสามารถในการรับรู้ของบุคคล และการรับรู้ที่ผิดปกติไปจากเดิม จำแนกเป็นด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) และด้านจิตสรีระ (Psychophysical)

5) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functional Status) หมายถึง ความสามารถสูงสุดของผู้ป่วยในการทำหน้าที่ในหลายๆด้านให้บรรลุผลสำเร็จ เช่น การทำหน้าที่ทางกาย (Physical function) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) การทำหน้าที่ด้านบทบาทหน้าที่ (Role function) และการทำหน้าที่ด้านจิตใจ (Psychological function) เป็นความหมายกว้างๆมองได้หลายมุม ปัจจุบันมุ่งสนใจความบกพร่องทางกายหรือความพิการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

6) ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (General Health Perceptions) หมายถึง การรับรู้องค์ประกอบทั้งหมด ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม ชีววิทยา กระบวนการทำงานของร่างกาย อาการและความสามารถในการทำหน้าที่ ที่มีส่วนในการสังเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพ

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) เป็นการสะท้อนผลกระทบของความเจ็บป่วยและการรักษา การทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ ต่อความผาสุกและภาวะสุขภาพของบุคคลหนึ่ง ซึ่งเกิดจากการรับรู้ของบุคคลนั่นเอง

## 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นการประเมินความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน จึงทำให้ผลที่ได้แตกต่างกัน เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดำเนินชีวิตของมนุษย์ เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ แม้ว่าอยู่ในภาวะเจ็บป่วย และระดับคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันไปซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ด้วย (Padilla & Grant, 1985) จากปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต แบ่งได้ดังต่อไปนี้

### 2.4.1 ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่

#### 2.4.1.1 อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดความต้องการในการดูแลตนเอง

โดยทั่วไป และพัฒนาการ และบ่งบอกถึงความสามารถทางด้านร่างกายและสติปัญญา รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเอง โดยจะสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ อายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากขึ้นส่วนใหญ่มักจะมีภาวะร่วมอื่นๆ รวมทั้งสภาพความสมบูรณ์ของร่างกายพื้นฐานก็จะมีผลในแง่

เวลาที่ใช้ในการฟื้นคืนสภาพด้วย (พัชรวิมล คุปต์นิวัติศัยกุล, 2543) และ Padilla & Grant (1985) กล่าวว่าในขณะที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ในชีวิตมากกว่า ซึ่งประสบการณ์ในอดีตจะส่งผลต่อการปรับตัว และช่วยให้เผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ดี อายุความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลที่มีอายุต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน นอกจากนี้อายุจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุจะมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล โดยความสามารถของบุคคลจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามอายุซึ่งจะสูงสุดวัยผู้ใหญ่และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Niemi (1988) และ de Hann (1995) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะสูญเสียเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Wyller (1997) และ King (1996) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะดีขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นงานวิจัยที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ การศึกษาของ Sturm, et al. (2004) ศึกษาภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองภายใน 2 ปี จำนวน 266 ราย พบว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Padilla & Grant (1985) ดังนั้นปัจจัยด้านอายุจึงเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

2.4.1.2 เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โรคหลอดเลือดสมองพบอุบัติการณ์สูงทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยทั่วไปเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง แต่อัตราการเสียชีวิตในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย การรับประทานยาคุมกำเนิดและการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเพศหญิงที่อายุน้อย ในขณะที่เพศหญิงอายุมากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (Baillargeon, McClish, Essah, & Nestler, 2005) เพศอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยม และเพศยังเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม เป็นตัวบ่งบอกถึงความสามารถตามธรรมชาติตามปัจจัยทางพันธุกรรม เป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม ในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดบทบาทให้เป็นแม่บ้าน ดังนั้นเพศชายจึงมีความเป็นใหญ่และมีอำนาจตัดสินใจ ในขณะที่เพศหญิงก็ให้ความเคารพในความเป็นผู้นำของเพศชาย จึงทำให้เพศชายมองตนเองมีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงมีผลกระทบต่อความสามารถและบทบาทมาก ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในตนเอง ซึ่งต่างจากเพศหญิงที่บทบาทและความคาดหวังจากสังคมมีน้อยกว่า มีผลกระทบต่อบทบาทน้อยกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Neimi (1988) และ de Hann (1995) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศหญิงดีกว่าเพศชาย แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Wyller (1997) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชายดีกว่าเพศหญิง แต่มีผลการศึกษาวิจัยที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์

กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมลง ซึ่งมีผลให้เกิดข้อจำกัดและมีผลต่อด้านสุขภาพอนามัยเช่นเดียวกัน ดังนั้นเพศชายหรือเพศหญิง ไม่มีความแตกต่างกันในการรับรู้คุณภาพชีวิต

2.4.1.3 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโลกและชีวิตในทุกด้านให้กับบุคคล สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล ผู้ที่มีการศึกษาคิดจะเข้าใจปัญหาและวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับการศึกษาสูง ผลการของการฝึกการฟื้นฟูสภาพจะดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาน้อย (พัชรวิมล คุปต์นิรติศัยกุล, 2543) แต่จากการศึกษาของ ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, ฐิติณัฐ ศศิฉาย, และ ประทุม สร้อยวงศ์ (1993) ในการศึกษาคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ระยะเวลาที่ศึกษาในโรงเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ผู้วิจัยอธิบายว่าการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคไม่ซับซ้อน แม้ว่าจะมีการศึกษาน้อยก็สามารถทำความเข้าใจได้

## 2.4.2 ปัจจัยด้านสถานภาพทางสังคม ได้แก่

2.4.2.1 รายได้ และอาชีพ เป็นตัวที่บ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (Hanucharunkul, 1988) เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม สามารถทำนายอาชีพและการศึกษาของบุคคลนั้นด้วย รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคมปัจจุบัน เพราะเป็นสิ่งที่สนองตอบความต้องการด้านต่างๆ เช่น ที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องๆ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เกิดขึ้นย่อมกระทบกับภาวะเศรษฐกิจการเงินของครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์วิตกกังวล เกิดความเครียดขึ้นได้ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดต่ำลง ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจมั่นคงจะมองตนเองมีคุณค่ามากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่มั่นคง นอกจากนั้นรายไดยังมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง แม้ว่ารายได้จะไม่ใช่อะไรที่จำเป็นที่สุดในชีวิต แต่ทุกคนยอมรับว่ารายได้มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้บรรลุถึงการดูแลตนเองได้ตามต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ King (1996) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี Sturm, et al. (2004) ที่พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจทางสังคมเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วย และ ประมุข ทรวงจักรแก้ว และ พัชรวิมล คุปต์นิรติศัยกุล (2542) กล่าวว่าเศรษฐกิจฐานะของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยแสวงหาการรักษาฟื้นฟูสภาพ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูที่เร็ว และได้พักอยู่ในศูนย์ฟื้นฟูที่ดี แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า จะได้ผลดีกว่าเสมอไป และจากผลการศึกษาของ วนิตา ไวกิตติพงษ์ (2546)

ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างเนื่องจากรายได้ถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต และตอบสนองความต้องการพื้นฐาน เมื่อเจ็บป่วยการมีรายได้เป็นของตนเองเป็นสิ่งที่ช่วยก่อให้เกิดความรู้สึกว่าไม่เป็นภาระของใคร และมีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองระหว่างเจ็บป่วยได้ และในประเทศไทยปัจจุบันรัฐบาลได้มีนโยบายให้การประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ในการให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชนหรือผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า ดังนั้นรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยจึงไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (วสุธร ต้นวัฒนกุล, 2544)

#### 2.4.2.2 สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งชี้ถึงแหล่งประโยชน์จาก

ครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมด้วย ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ารวมทั้งยังเป็นคนสำคัญของครอบครัว ผู้ที่เป็นโสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ มักขาดผู้ปลอบโยนให้กำลังใจ แต่กลุ่มที่มีคู่สมรสจะมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือ แบ่งเบาภาระ ดุดขับความเครียดและความวิตกกังวลทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ สถานภาพสมรส การที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยจะทำให้บุคคลนั้นๆ มีคู่คิดมีเพื่อนแท้ที่คบได้อย่างสนิทใจ ไม่รู้สึกเหงาหรือโดดเดี่ยว การมีคู่ชีวิตจะช่วยลดความเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทำให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีคนคอยปลอบโยนให้กำลังใจ ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) และมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วย (ประมุข ทรวงจักรแก้ว และพัชรวิมล คุปต์นริตติศัยกุล, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Johansson ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Baker (1993) ที่ให้คู่สมรสมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยที่มีคู่สมรสดูแล มีภาวะสุขภาพดีขึ้นและมีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีคู่สมรสดูแล และผลการศึกษาของ สมบัติ ไชยวัฒน์, ยูพิน กลิ่นขจร, ดวงฤดี ลาคุษะ, และทิพาพร วงศ์หงษ์กุล (2543) พบว่า การสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลใกล้ชิด สามีหรือภรรยา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังมีกำลังใจและใจในการที่จะดูแลตนเอง มีความพึงพอใจและมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่จากการศึกษาที่ให้ผลตรงข้ามคือ ลัดดาวลัย สิงห์คำฟู (2532) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

#### 2.4.3 ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่

##### 2.4.3.1 ระดับความรุนแรงของโรค ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของพยาธิสภาพ ซึ่งจะมีผลต่อการฟื้นคืนกลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคมักมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ไม่สามารถพึ่งพา

ตนเองได้เท่าที่ควร จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน วิตกกังวล ต่อการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย (พัชรวิมล คุปต์นิรัตศัยกุล, 2543) และผู้ป่วยรู้สึกอายุที่ตนเองพิการและเจ็บป่วยเรื้อรังจึงแยกตัวไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าและไม่มีความสุขในชีวิต (Hafsteindotir & Grypdonck, 1997) ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจในชีวิตลดลง หรือคุณภาพชีวิตลดลงต่ำลง หรือในกรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโรคทางอายุรกรรมอื่นๆ ที่เกิดร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน อาจทำให้ผู้ป่วยระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นจึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย (ประมุข ทรวงจักรแก้ว และพัชรวิมล คุปต์นิรัตศัยกุล, 2542) จากการศึกษาของ Neimi (1988) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4 ปี พบว่าการที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะกดดันทางจิตใจสูง และมีผลต่อภาวะเสื่อมลงของคุณภาพชีวิต หรืออาจกล่าวได้ว่าระดับความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้วย (Burckhardt, 1987)

2.4.3.2 ระยะเวลาการเจ็บป่วย ถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพที่เร็วตั้งแต่ระยะต้นๆ จะทำให้เกิดผลดีมีผลต่อการฟื้นหายเร็ว เพราะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่เกิดรูปแบบการทำงานที่ไม่ถูกต้อง แต่ผู้ป่วยที่เป็นมานานมากกว่า 1 ปี บางรายงานพบว่า การฟื้นคืนกลับสามารถทำได้ยาก (พัชรวิมล คุปต์นิรัตศัยกุล, 2543) จากการศึกษาของ Scmidt et al. (1988, อ้างใน เนตรนภา คุพันธ์วี, 2534) ที่ศึกษาผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าหลังอาการอัมพาตครึ่งซีก 3 สัปดาห์, 1 ปี, 3 ปี, และ 7 ปี ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง หรือมีความเป็นอิสระไม่พึ่งพาใคร ร้อยละ 17.0, 83.3, 89.6 และ 89.0 ตามลำดับ และระยะเวลาที่ยาวนานหลังเกิดอาการอัมพาตครึ่งซีกยังมีส่วนช่วยในการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจผู้ป่วยให้ดีขึ้น ผู้ป่วยเริ่มปรับตัวได้ดียอมรับความพิการ จากการได้รับการรักษาทางด้านจิตใจ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระยะเวลาที่ยาวนาน หลังจากเกิดอาการอัมพาตครึ่งซีก มีส่วนช่วยให้สภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น เพราะธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (เนตรนภา คุพันธ์วี, 2534) แต่จากการศึกษาของลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ไม่ว่าจะระยะเวลาที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกจะสั้นหรือนานเท่าใด การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก็ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นระยะเวลาจึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

2.4.3.3 การประกอบกิจกรรม การดำเนินชีวิตประจำวันเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงระดับการพึ่งพาผู้อื่น เมื่อมีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมต่างๆ จะทำให้มีผลกระทบต่อ การดูแลตนเองและความสนุกในชีวิต จากผลการศึกษาของ Ahlsio (1984), Niemi (1988) และ Wyller



(1997) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พึ่งพาผู้อื่นในการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันสูงจะมีการสูญเสียคุณภาพชีวิตมาก

2.4.3.4 สาเหตุของโรค จากการศึกษาของ Niemi (1988) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันจะมีการสูญเสียคุณภาพชีวิตมากกว่าชนิดที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก ถึงแม้ว่าโรคหลอดเลือดสมองแตกอาการจะรุนแรงกว่าแต่ถ้าผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นระยะแรกและรอดชีวิตมาได้ เลือดที่ออกมาถูกดูดซึมไป การฟื้นฟูสภาพจะดีกว่ากลุ่มหลอดเลือดสมองอุดตัน

## 2.5 การประเมินคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตที่ผ่านมา พบว่ามีเครื่องมือวิจัยหรือแบบสอบถามจำนวนหนึ่ง เครื่องมือแต่ละชุดมีความเหมาะสมที่จะใช้กับบุคคลเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หรือคนปกติในประเทศใดประเทศหนึ่งเป็นต้น อย่างไรก็ตามไม่สามารถที่จะใช้ผลที่ได้จากการประเมินมาเปรียบเทียบ หรือนำเครื่องมือมาใช้ในบุคคลที่ต่างชนชาติหรือต่างวัฒนธรรมได้

องค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทั่วโลก จึงได้สร้างเครื่องมือสำหรับประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นสากลขึ้น คือ WHOQOL เพื่อใช้เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของประชาชนทั่วโลกแม้จะมีเชื้อชาติและวัฒนธรรมที่ต่างกันได้ โดยอาศัยแนวคิดที่ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วรรณธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกที่ใช้กันอยู่ปัจจุบันมี 2 แบบ คือ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับ 100 ข้อ หรือ 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL-100) และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับ 26 ข้อ หรือ 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF) ซึ่งเป็นฉบับย่อ เนื่องจาก WHOQOL-100 ใช้เวลาในการประเมินนาน และผู้ถูกประเมินอาจรู้สึกเบื่อได้ จึงพัฒนาเป็น WHOQOL-BREF ที่ประเมินคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเหลือคำถามเพียง 26 ข้อ ทำให้สะดวกในการใช้ ตลอดจนได้รับความร่วมมือจากผู้ให้บริการประเมินมากขึ้น สุวัฒน์มัทนรินทร์กุล ได้ศึกษาเปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด พบว่าค่าความเชื่อมั่นครอนบาคอัลฟาของ WHOQOL-100 และ WHOQOL-26 มีค่าเป็น 0.8921 และ 0.840 ตามลำดับ และความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องชี้วัดทั้งสองมีค่า  $r = 0.6515$  ( $P < 0.01$ ) จะเห็นได้ว่า WHO-BREF มีค่าความถูกต้องในการวัดใกล้เคียงกับ WHOQOL-100 แต่มีขนาดสั้นกว่าและง่ายกว่า เหมาะกับการนำไปใช้สำรวจ อีกทั้งเป็นคำถามที่มีการพัฒนาจาก WHOQOL-100 ขององค์การอนามัยโลกโดยตรงที่ปรับให้อยู่ในรูปแบบที่เข้าใจได้ง่ายขึ้น

แบบวัดผลกระทบจากการเจ็บป่วย (Sickness Impact Profile: SIP) เป็นแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ร่วมกับการติดตามการเปลี่ยนแปลงหลังได้รับกิจกรรมต่างๆ โดยวัดผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อชีวิต ความเป็นอยู่ของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

The Nottingham Health Profile (NHP) เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตในลักษณะของการสะท้อนการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับปัญหาด้านร่างกาย ปัญหาด้านสังคมและปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยถามเกี่ยวกับความรู้สึกและสภาวะอารมณ์ในขณะนั้น ประกอบด้วยคำถาม 38 ข้อ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การเจ็บปวด การนอนหลับ การแยกตัว ปฏิกริยาทางอารมณ์และระดับการใช้พลังงาน

Short Form Health Survey 36 (SF-36) เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปในเรื่องการทำหน้าที่ด้านร่างกาย สภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมทางอารมณ์ การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม ความเจ็บปวดและความมีชีวิตชีวา The SF-36 ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพในลักษณะการประเมินการรับรู้แห่งตน เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่และภาวะสุขภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต คุณลักษณะที่สำคัญสำหรับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่เป็นองค์ประกอบใน The SF-36 มีทั้งหมด 36 ข้อ ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิตที่สำคัญ 3 ด้าน คือ สภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) ความผาสุก (Well-being) และภาวะสุขภาพทั้งหมด (Overall health)

แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Quality of Life Index-Stroke Version) ของ Ferrans & Powers (1996) ประกอบด้วยการประเมินใน 2 มิติ ได้แก่ วัดความพึงพอใจและวัดการให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพและการทำหน้าที่ การเงินและเศรษฐกิจ จิตใจและจิตวิญญาณ และครอบครัว แปลเป็นภาษาไทยโดย สาสี เถลิมวรรณพงศ์ (2553) ซึ่งแบบประเมินมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย
- 2) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ
- 3) ด้านสังคมและเศรษฐกิจและ
- 4) ด้านครอบครัว

แบบสอบถามประเมิน 2 มิติในแต่ละชุดมีทั้งหมด 36 ข้อ

โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ Quality of Life Index-Stroke Version III ของ Ferrans & Powers (1996) ที่แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย สาสี เถลิมวรรณพงศ์ (2552) เนื่องจากเป็นแบบประเมินเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี สามารถวัดได้ครอบคลุมในทุกมิติ วัดผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่มีผล

ต่อคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ และเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน มีการนำไปใช้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

### 3. สถานะการทำหน้าที่

#### 3.1 ความหมายสถานะการทำหน้าที่ (Functional Status)

การทำหน้าที่ด้านร่างกาย คือ ความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Karnofsky et al., 1948)

การทำหน้าที่ด้านร่างกาย คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (Basic Activity of Daily Living) ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร (Katz and Stroud, 1989)

การทำหน้าที่ด้านร่างกาย ประกอบด้วย 3 มิติ คือ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านสังคม การทำหน้าที่ด้านจิตใจ หรือ การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา หมายถึงความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรม เช่น การอาบน้ำ การเดินขึ้นบันได การออกไปซื้อของ หรืออาจมีปัจจัยอื่นที่มีความสำคัญ เช่น บุคลิกและแรงจูงใจ (Wilson and Paul, 1995)

#### 3.2 ความสัมพันธ์ของสถานะการทำหน้าที่กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สถานะด้านการทำหน้าที่ (Functional status) คือความสามารถในการทำหน้าที่ในหลายๆ ด้าน รวมถึงความบกพร่องทางกายหรือความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความรุนแรงของโรคมักมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้เท่าที่ควร จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน วิตกกังวลต่อการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย (พัชรวิมล คุปต์นิรัตศัยกุล, 2543) และผู้ป่วยรู้สึกอายที่ตนเองพิการ และเจ็บป่วยเรื้อรังจึงแยกตัวไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าและไม่มีความสุขในชีวิต (Hafsteindotir & Grypdonck, 1997) ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจในชีวิตลดลงหรือคุณภาพชีวิตลดลง จากการศึกษาของ Neimi (1988) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4 ปี พบว่าการที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะกดดันทางจิตใจสูง และมีผลต่อภาวะเสื่อมลงของคุณภาพชีวิตหรืออาจกล่าวได้ว่าระดับความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้วย (Burckhardt, 1987) ความบกพร่องทางด้านร่างกาย ความ

บกพร่องในการสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด อึดอัด จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น มีผลต่อความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ส่งผลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Ahtsio et al, 1984)

### 3.3 การประเมินสภาวะการทำหน้าที่

The Katz Index of ADL เป็นเครื่องมือที่ใช้สร้างขึ้นเพื่อเป็นแบบประเมินตนเองหรือใช้เป็นแบบสังเกตในการประกอบกิจกรรมโดย Katz et al. (1963) ซึ่งมีกิจกรรมที่วัดทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร แบบวัดนี้มีเกณฑ์การให้คะแนน 2 ลักษณะ คือ กิจกรรมที่ทำได้ด้วยตนเอง และกิจกรรมที่ต้องอาศัยผู้อื่นช่วย แบบประเมินนี้ใช้ได้ทั่วไป ทั้งผู้ป่วยและผู้สูงอายุ

Instrument Activities of Daily Living (IADL) การวัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง โดยมีอุปกรณ์มาช่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ คือ การใช้โทรศัพท์ การเดินทาง การเลือกซื้ออาหารหรือเสื้อผ้า การจัดเตรียมอาหาร การจัดการเรื่องการเงิน และการดูแลทำความสะอาดบ้าน การให้คะแนนเป็น rating scale คือ 0,1,2 เกณฑ์การให้คะแนน จากคะแนนเต็มรวม 12 คะแนน ค่าคะแนนรวมที่ 0-2 หมายถึง มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 3-5 เป็นภาวะพึ่งพาขั้นรุนแรง 6-8 มีภาวะพึ่งพาปานกลาง และค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไปหมายถึงไม่มีภาวะพึ่งพา

ดัชนีบาร์เทล (The Barthel ADL Index) สร้างขึ้นโดย Mahoney & Barthel เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเอง และการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น โดยมีคะแนนรวม 0-100 คะแนน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน The Modified Barthel Activities Daily Living Index เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ Mahoney & Barthel (1965) ปรับปรุงและพัฒนามาจาก The Barthel Index เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แล้วนำมาใช้ในการวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้น Shah, Vanclay, and Cooper (1989) ได้นำแบบประเมิน Barthel Index มาปรับปรุงเพื่อเพิ่มรายละเอียดเรื่องการต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของความสามารถผู้ป่วยมากขึ้น และมีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดี เรียกเครื่องมือชุดนี้ว่า Modified Barthel Index (MBI) ซึ่งมีผู้นำแบบประเมิน MBI นี้ไปใช้ในหลายๆ งานวิจัย (Kucukdeveci et al., 2000) ฉบับภาษาไทย ถูกแปลโดย บุษกร โลหารชุน, ปานจิต วรรณภีระ, จินตนา ปาลิวนิช, และกัญญารัตน์ คำจุน (2551)

#### 4. ความเหนื่อยล้า

##### 4.1 ความหมายของความเหนื่อยล้า (Fatigue)

ความเหนื่อยล้า มาจากรากศัพท์ของภาษาละติน และภาษาฝรั่งเศส โดยในภาษาละตินคำว่า “Fatigare” แปลว่า ความเหน็ดเหนื่อย

อาการเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคล (Subjective perceptions) และส่งผลให้ร่างกายเกิดการตอบสนองต่อการรับรู้ที่เกิดความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยหรืออ่อนเพลียมาก ซึ่งเป็นอาการที่สามารถสังเกตเห็นได้ (Objective perceptions) อาจเกิดได้ทั้งแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง โดยการนอนหลับพักผ่อนไม่สามารถที่จะบรรเทาอาการได้ และอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้หากไม่ได้รับการแก้ไข (Piper, 1993)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลว่ามีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยหรือหมดแรงอาจเกิดขึ้นกับส่วนใดส่วนหนึ่งหรือเกิดขึ้นกับทุกส่วนในร่างกายพร้อมกันได้ (Piper, 1987)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความเหน็ดเหนื่อยทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและอารมณ์ทำให้บุคคลนั้นขาดพลังงานที่จำเป็นในการสิ่งต่างๆ (American Cancer Society, 2014)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่สมดุลของบุคคลซึ่งเป็นความรู้สึกที่แสดงถึงความเหนื่อยล้า หมดแรง (Stone and Minton, 2008)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ภาวะที่อ่อนเพลีย หมดกำลัง และส่งผลทำให้ความสามารถทางด้านร่างกายและจิตใจ (Huang et al., 2014)

##### 4.2 ความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้าต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบอุบัติการณ์ร้อยละ 36–77 มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความเหนื่อยล้ามีผลทำให้การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายและจิตใจหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองล่าช้า จากการศึกษาของ Tang et al. (2010) และ Lerdal & Gay (2013) พบว่าหากความเหนื่อยล้าได้รับการวินิจฉัยและแก้ไขตั้งแต่ระยะเริ่มแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกดีขึ้น ความเหนื่อยล้าส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความเหนื่อยล้าเป็นอาการแสดงที่ก่อให้เกิดปัญหาและรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในทุกมิติ (Tang et al., 2010; van de Port et al., 2007)

#### 4.3 การประเมินความเหนื่อยล้า

แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Piper และคณะ ที่เริ่มใช้ในปี 1987 และปรับปรุงอีกครั้งในปี 1998 (เพียงใจ ดาโลปการ, 2545) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 22 ข้อคำตอบแต่ละข้อจะประเมินการรับรู้ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเลือกตอบตั้งแต่ 0 –10 คะแนน (Numeric scale) โดยด้านซ้ายสุดจะตรงกับตำแหน่งของ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความรู้สึกต่ออาการนั้นเลย และด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่งของ 10 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกต่ออาการนั้นมากที่สุด สามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้าที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานการใช้ชีวิตประจำวันและการทำกิจกรรมต่างๆ ในสังคม
- 2) ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ความคิดเห็นหรือเจตคติของผู้ป่วยแต่ละราย
- 3) ด้านความรู้สึกอารมณ์การรับรู้ต่อสภาพร่างกายจิตใจ
- 4) ด้านสติปัญญาและความนึกคิดโดยคำถามจะเกี่ยวกับสมาธิในการกระทำและการจดจำสิ่งต่างๆ

แบบประเมินความรุนแรงอาการเหนื่อยล้า (VAS-F) ของ Lee et al. (1991) ประกอบด้วย 18 ข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าจำนวน 13 ข้อ และพละกำลังของบุคคลซึ่งเป็น Visual analogue scale มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 มิลลิเมตร โดยเลือกตอบตั้งแต่ 0–10 คะแนน (Numeric scale) ด้านซ้ายสุดจะตรงกับตำแหน่งของ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการนั้นเลย และด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่งของ 10 คะแนน หมายถึง มีอาการนั้นมากที่สุด (Lee et al., 1991)

แบบประเมินความเหนื่อยล้าโดยย่อ (Brief Fatigue Inventory) โดยใช้ประเมินและคัดกรองความรุนแรงและผลกระทบของความเหนื่อยล้าในการทำงานแต่ละวัน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Numeric scale คำถาม 3 ข้อแรก วัดความรุนแรงของความเหนื่อยล้ามีระดับคะแนน 0-10 คะแนน ซึ่ง 0 คะแนนหมายถึงไม่มีเหนื่อยล้าและ 10 คะแนนหมายถึงมีความเหนื่อยล้ามากที่สุด อีก 6 ข้อต่อมา จะประเมินความเหนื่อยล้าที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน กิจกรรมทั่วไป อารมณ์ ความสามารถในการเดิน การทำงานทั้งในบ้านและนอกบ้าน ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมทั้งความสุขในชีวิต มีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนนหมายถึงไม่ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและ 10 คะแนน หมายถึงมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากที่สุด (Shuman-Paretsky et al, 2014)

แบบประเมินความเหนื่อยล้า โดยใช้แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า (Fatigue Severity Scale, FSS) เป็นแบบประเมินความเหนื่อยล้าโดย Krupp et al. (1989) ข้อคำถามมี

ทั้งหมด 29 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นตัวเลขตั้งแต่ 1-7 โดยด้านซ้ายกำกับด้วยวลี “ไม่เห็นด้วยที่สุด” และทางด้านขวากำกับด้วยวลี “เห็นด้วยที่สุด” นำคะแนนมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยและแปลความหมาย โดยกำหนดคะแนนความเหนื่อยล้าในแต่ละระดับและแบ่งระดับความอ่อนล้า

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ Fatigue Severity Scale (FSS) พัฒนาขึ้นโดย Krupp et al. (1989) เป็นเครื่องมือใช้วัดความเหนื่อยล้าในทางคลินิกในหลายๆ กลุ่มโรค เช่น Multiple sclerosis, Parkinson เป็นเครื่องมือวัดความเหนื่อยล้าที่ได้รับความนิยมมากที่สุด และมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย (Lerdal et al., 2009) ในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนเครื่องมือเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากยิ่งขึ้น โดยการปรับเหลือข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ พบว่ามีความตรงและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี Cronbach's alpha เท่ากับ .87 และเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งความเหนื่อยล้าออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ไม่มีความเหนื่อยล้าหรือเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อย คะแนน < 4, ความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง คะแนน 4-4.9, และความเหนื่อยล้าในระดับรุนแรง คะแนน > 5 (Anners Lerdal & Kottorp, 2011) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ Fatigue Severity Scale ต้นฉบับ จำนวน 9 ข้อคำถาม ซึ่งแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย อวยพร สวัสดิ์ (2557)

## 5. อาการปวด

### 5.1 ความหมายของอาการปวด (Pain)

ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล เกิดจากการมีสิ่งกระตุ้นมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ได้มีผู้ให้ความหมายของความปวดไว้ต่างๆ กันดังนี้

McCaffery (1989) กล่าวว่า ความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล ซึ่งบุคคลที่กำลังประสบความปวดอยู่เท่านั้นสามารถให้ความหมายว่าคืออะไร และความปวดนั้นยังคงมีอยู่จริง トラบเท่าที่บุคคลนั้น บอกว่ายังคงมีอยู่ “Pain is whatever the person experiencing it and exits whenever he says is does”

Feldman (1996) กล่าวว่า ความปวด เป็นความรู้สึกที่ไม่สุขสบาย ก่อให้เกิดความรำคาญ และหมกมุ่นตลอดเวลาที่มีความปวดนั้นอยู่ เป็นความรู้สึกที่สลับซับซ้อนของแต่ละบุคคลและเป็นเรื่องธรรมชาติของแต่ละบุคคลประสบจะแสวงหาวิธีการดูแลการตนเองให้หายจากความปวดนั้น

สมาคมนานาชาติที่ศึกษาเกี่ยวกับความปวด (The International Association for the Study of Pain) หรือ IASP ได้ให้ความหมายว่า ความปวดเป็นความรู้สึกที่ไม่สุขสบายและเป็นประสบการณ์ของอารมณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่กำลังเกิดขึ้นในขณะนั้นซึ่งบุคคล

จะแสดงออกถึงความเจ็บปวดจากปฏิกิริยาตอบสนองความรู้สึกทั้งสรีรวิทยาและอารมณ์ (นิตยา สออารีย์, 2546)

5.2 ความสัมพันธ์ของอาการปวดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาการปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะเริ่มแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองอาการปวดมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย และการนอนหลับของผู้ป่วย (Bakken et al., 2012) ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดและมีความรุนแรงมาก มีแนวโน้มทำให้มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ทางสังคม และทำให้ปฏิบัติกิจกรรมได้ลดลง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาความสัมพันธ์ของความปวดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าความปวดมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Wider et al, 2004; Lindgren et al, 2007)

### 5.3 การประเมินอาการปวด

#### 5.3.1 แบบประเมินความปวดแบบวัดมิติเดียว มีเครื่องมือหลายแบบดังต่อไปนี้

แบบให้คะแนนความปวดเป็นตัวเลข (Numerical rating scale: NRS) เป็นแบบประเมินความปวด โดยกำหนดตัวเลขต่อเนื่องจาก 0 ถึง 10 คะแนน และให้ผู้ป่วยบอกคะแนนความปวดเป็นตัวเลข แบ่งความปวดเป็นดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการปวดเลย 1-3 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย 4-6 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง 7-9 คะแนน หมายถึง ปวดมาก และ 10 คะแนน หมายถึง ปวดรุนแรงจนทนไม่ไหว

การให้คะแนนความปวดด้วยการเปรียบเทียบกับสายตา (Visual Analog Scale: VAS) เครื่องมือนี้เป็นเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร โดยเริ่มจากตัวเลข 0 หมายถึง ไม่ปวด ตัวเลข 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด วิธีการใช้คือ ให้ผู้ป่วยกากบาทลงบนเส้นตรงตามระดับความปวดของผู้ป่วยในขณะนั้น แล้ววัดความยาวจากจุดตั้งต้นที่ผู้ป่วยขีดไว้ โดยวัดออกมาเป็น มิลลิเมตร

การประเมินความปวดจากการแสดงสีหน้า (Face Pain Scale: FPS-R) เครื่องมือนี้ใช้รูปแสดงความรู้สึกทางใบหน้าที่บ่งบอกความรู้สึกปวด มีรูปภาพให้เลือก เริ่มตั้งแต่ ไม่ปวดเลย แทนด้วยใบหน้าที่ยิ้ม ปวดปานกลาง แทนด้วยใบหน้าที่ขมวด ปวดมากที่สุด แทนด้วยใบหน้าที่ขมวด ติดกัน เม้มปาก และอาจมีน้ำตาไหล ประเมินโดยให้ผู้ป่วยชี้หน้าที่แสดงระดับความปวดของตน เครื่องมือสามารถใช้ประเมินความปวดทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถบอกคะแนนความปวดเป็นตัวเลขได้

แบบประเมินความปวดโดยการสังเกตพฤติกรรม (Behavioral Pain Scale: BPS) แบบประเมินนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว และใส่ท่อช่วยหายใจ จะประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ การแสดงสีหน้า การเคลื่อนไหวของแขน และหายใจเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ แต่ละด้าน มีคะแนนตั้งแต่ 1-4



คะแนน คะแนนความปวด คือ ผลรวมทั้ง 3 ด้าน ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 3-12 คะแนน ถ้าได้คะแนน ตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป ถือว่าปวด

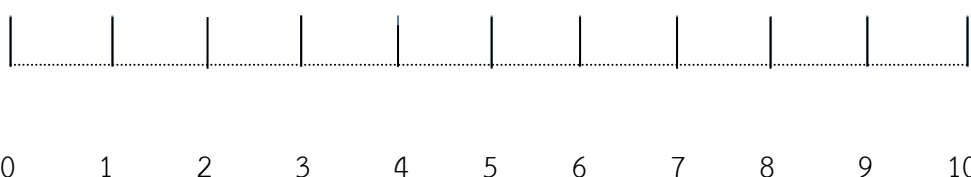
### 5.3.2 แบบประเมินความปวดแบบวัดหลายมิติ

แบบประเมิน Chronic Pain Grade Scale (CPGS) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย von Korff et al. (1992) เหมาะกับการใช้ประเมินความปวดที่เป็นแบบเรื้อรัง มีคำถาม 7 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประเมินความรุนแรงของความปวด มีคำถาม 3 ข้อ คะแนน แบ่งเป็น 0-10 คะแนนมาก หมายถึง มีความปวดมาก และส่วนที่ 2 ประเมินผลกระทบต่อความปวดที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึก มีจำนวน 4 ข้อ คะแนนแบ่งเป็น 0-10 คะแนนที่สูง หมายถึง ความปวดส่งผลกระทบต่อการทำงานและมีความสัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึก

แบบประเมิน McGill Pain Questionnaire (MPQ) เป็นเครื่องมือประเมินระดับความปวดที่พัฒนาโดย Mulzack and Torgerson ในปี 1971 ส่วนแรกมีลักษณะเป็นภาพแสดงร่างกายมนุษย์ ที่ให้ผู้ป่วยระบุตำแหน่งที่ปวด และส่วนที่ 2 แสดงถึงลักษณะของความปวด แบ่งเป็น 20 หมวดหมู่ และจำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึก ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน และด้านอื่นๆ ส่วนที่ 3 ประเมินความปวดขณะที่ถูกประเมิน มี 6 ระดับ ตั้งแต่ 0-5 ในการทำแบบประเมินนี้ ต้องใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที จึงไม่เหมาะสมที่จะใช้ในทางคลินิก

แบบประเมิน Brief Pain Inventory ของ Cleeland and Ryan (1994) เป็นแบบประเมินที่มีโครงสร้างหลัก 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประเมินความรุนแรงและผลกระทบต่อความปวดในการทำวัตรประจำวัน โดยความรุนแรงของความปวดมีคำถาม 4 ข้อ จะอธิบายความรุนแรงของความปวดใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา คะแนนแบ่งเป็น 0-10 คะแนนที่สูง หมายถึง มีความปวดมาก และผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน มีคำถาม 7 ข้อ คะแนน 0-10 คะแนนที่สูง หมายถึง ความปวดรบกวนการทำงานมาก และส่วนที่ 2 ข้อคำถามอื่นๆที่มีความสัมพันธ์ มีคำถาม 5 ข้อ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินอาการปวดโดยใช้แบบวัดความรู้สึกปวด (Numerical Rating Scale) มีระดับคะแนนอาการปวดตั้งแต่ 0-10 (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552) ลักษณะแบบวัดจะเป็นเส้นตรงที่มีขีดแบ่งเป็นช่องเท่าๆ กัน และมีหมายเลขกำกับตั้งแต่ 0-10 วิธีการประเมิน ผู้ป่วยจะเป็นผู้บอกระดับความรุนแรงของอาการปวด ว่ามีอาการปวดอยู่ในระดับใดระหว่าง 0-10



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มี อาการ ปวด	ปวดน้อย ไม่มีความทุกข์ ทรมาน, ไม่รู้สึกกังวลใด ๆ ต่อ อาการปวดในขณะนี้			ปวดปานกลาง รู้สึกทุกข์ ทรมานจาก อาการปวดพอสมควร มี ความกังวลไม่มากนักยัง มีความรู้สึกที่สามารถ ทนได้			ปวดมาก รู้สึกทุกข์ ทรมาน จาก อาการปวดมาก ทำให้ เกิดความกังวลมากและ ไม่สามารถนอนหลับ พักผ่อนได้			ปวด รุนแรง จนทนไม่ ไหว

## 6. วิธีการเผชิญปัญหา

### 6.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา

Lazarus and Folkman (1984) ให้ความหมายของการเผชิญปัญหา (Coping) ว่าเป็นความพยายามด้านความรู้ความเข้าใจ รวมถึงการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล เพื่อจัดการกับความเครียด ความต้องการหรือข้อเรียกร้องภายในและภายนอกที่มีมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามด้านความคิดและพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในการจัดการกับความต้องการภายในและภายนอกซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วย เนื่องจากความพยายามในการเผชิญปัญหาของบุคคลเป็นสิ่งที่สำคัญ ในการช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการปรับตัวด้านบวก

เนื่องจาก Mishel ใช้แนวคิดของ Lazarus and Folkman เป็นพื้นฐานในการสร้างทฤษฎี จึงมีความเชื่อว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียด และใช้วิธีการเผชิญปัญหาของ Lazarus and Folkman เป็นแนวทางในการอธิบายเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาของบุคคลที่ต้องเผชิญ เมื่อต้องเผชิญปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วย การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาโดยใช้การเผชิญปัญหา 2 รูปแบบ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-Focus Coping) และการมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional-Focus Coping) ผลของการเผชิญปัญหา ทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวเพื่ออยู่กับความเจ็บป่วยของตนเองได้

### 6.2 ความสัมพันธ์ของวิธีการเผชิญปัญหาต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในระยะแรกผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลจะได้รับความช่วยเหลือโดยบุคลากรทางการแพทย์ แต่เมื่อต้องกลับไปอยู่บ้านหากผู้ป่วยและครอบครัวมีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวดีจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้นด้วย (Robinson-Smith, 1993) จากการศึกษาของ Darlington et al. (2007) พบว่าการเผชิญปัญหาสามารถทำนายและส่งผลกระทบต่อ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากพยาธิสภาพ ความพิการที่เหลืออยู่ ทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานหรือใช้ชีวิตได้เหมือนปกติ ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง และเริ่มใช้วิธีเผชิญความเครียดต่างๆ เช่น แยกตัวออกจากสังคม เก็บตัว สับสน ก้าวร้าว หมดหวัง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง การเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพหรืออารมณ์ส่งผลให้มีความบกพร่องในเข้าสังคมของผู้ป่วย และการเผชิญความเครียดโดยมุ่งจัดการด้านอารมณ์ ก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากสาเหตุไม่ได้รับการแก้ไข

### 6.3 การประเมินวิธีการเผชิญปัญหา

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้สร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินปัญหาไว้ ดังนี้

แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (Ways of Coping Questionnaire: WCQ) ของ Lazarus and Folkman สร้างและพัฒนาระหว่างปี ค.ศ. 1976-1977 ประเมินการเผชิญปัญหาที่มีข้อความประเมินความคิดและพฤติกรรมของบุคคลในการเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหลากหลายมิติ สามารถใช้ประเมินได้ทั้งคนปกติและกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 แบบ ประกอบด้วย 8 วิธี คือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา 2 วิธี คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา 2) การวางแผนแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มี 6 วิธี คือ 1) การประเมินค่าใหม่ทางบวก 2) การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา 3) การควบคุมตนเอง 4) การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม 5) การถอยห่าง และ 6) การเลี่ยงหนีปัญหา แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยใช้เลย 0 คะแนน จนถึงเคยใช้ประจำ 3 คะแนน มีข้อความจำนวน 66 ข้อ ต่อมา Lazarus and Folkman (1988) ปรับแบบสอบถามให้เหลือ 31 ข้อ เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ โดยจะเลือกข้อความจากแบบสอบถามฉบับเต็มด้วยการพิจารณาค่าน้ำหนักปัจจัยแล้วนำไปทดสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการเผชิญความเครียด 8 วิธี อยู่ในช่วง .47-.74

ในประเทศไทยมีผู้นำแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman มาแปลและนำมาใช้ เช่น สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์ (2539) นำมาใช้ศึกษาวิธีการปรับแก้และการปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81 ต่อมา รุ่งทิพย์ เบ้าตุน (2540) นำมาปรับใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์การเผชิญความเครียดกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

แบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (Jalowiec Coping Scale) ซึ่ง Jalowiec, Murphy and Power (1984) สร้างขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1979 โดยมีพื้นฐานมาจากจากแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Launier (1978) เพื่อวัดวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยในห้วงฉุกเฉินและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ถูกนำมาใช้ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1981 แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบ คือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียด

แบบมุ่งปรับอารมณ์ มีข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น จนถึง 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บ่อยที่สุด ต่อมา Jalowiec (1988) ได้พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มี ขนาดใหญ่ขึ้น และแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 แบบ ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดที่เพิ่ม ขึ้นมาคือ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยการเลือกการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาที่ กำลังเผชิญอยู่ไม่เปลี่ยนแปลง และปรับข้อคำถามเหลือเพียง 36 ข้อ

ในประเทศไทยมีผู้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของ Jalowiec มา แปลและนำมาใช้อย่างกว้างขวางในหลายกลุ่มประชากร เช่น การนำเครื่องมือวัดการเผชิญ ความเครียดไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 คน (นิตยา สุทธยากร, 2531) ต่อมา สุรางค์ เปรื่องเดช (2533) นำฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยที่ปรับปรุงแล้วเหลือข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ มาใช้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ มณฑล ลี้มทองกุล (2535) นำแบบวัดไปใช้ในกลุ่ม ผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .88 ต่อมา มีการดัดแปลงข้อคำถามและ นำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก ระบบย่อยอาหาร ระบบ ขับถ่ายปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบโลหิตและน้ำเหลืองโดย นิตยา โรจน์ทินกร (2536) ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 นอกจากนี้ยังมีการนำแบบสอบถามไปใช้ในกลุ่ม ผู้ป่วย สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (สุภาพ อารีเอื้อ, 2540) อีกด้วย และพบว่ามี การนำแบบวัดการเผชิญ ความเครียดดังกล่าวมาใช้กับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในอีกหลายๆ งานวิจัย (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542; รุ่งนภา เตชะกิจโกศล, 2552)

แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา(Coping Strategies Questionnaire) ของ Jalowiec (1988) ฉบับปรับปรุง ซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย นิตยา สุทธยากร (2531) ประกอบด้วยข้อความที่เป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียด จำนวน 36 ข้อโดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

การเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 2,5,11,15,16,17,22,27,29,31,32,34 และ 36

การจัดการด้านอารมณ์ 9 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1,6,9,12,13,19,21,23 และ 24

การบรรเทาความเครียด 14 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 3,4,7,8,10,14,18,20,25,26,28,30,33 และ 35

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต (Likert scale) 5 ระดับมีคะแนน

รวมตั้งแต่ 36–180 คะแนน ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการใช้วิธีการเผชิญความเครียด ดังนี้

ถ้าเลือก ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียด	ได้	1	คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดนานๆครั้ง	ได้	2	คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดบางครั้ง	ได้	3	คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดบ่อยครั้ง	ได้	4	คะแนน

ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดเกือบทุกครั้ง ได้ 5 คะแนน  
การแปลผลคะแนนทำได้ 2 วิธีคือการคำนวณคะแนนจริง (Raw score) และการ  
คำนวณคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score)

คะแนนจริง (Raw score) คือคะแนนรวมที่ได้จากคะแนนรายข้อคะแนนยิ่งมาก  
หมายถึงผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดจากวิธีต่างๆมากคะแนนรวมของการเผชิญความเครียดอยู่  
ระหว่าง 36-180 คะแนนโดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับการใช้การเผชิญความเครียดดังนี้

ใช้การเผชิญความเครียดรายข้อน้อย	หมายถึง ค่าคะแนน 36-84
ใช้การเผชิญความเครียดรายข้อปานกลาง	หมายถึง ค่าคะแนน 85-132
ใช้การเผชิญความเครียดรายข้อมาก	หมายถึง ค่าคะแนน 133-180

คะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) คือค่าที่ได้จากการคำนวณสัดส่วนของค่าเฉลี่ย  
การเผชิญความเครียดแต่ละด้านต่อผลรวมค่าเฉลี่ยการเผชิญความเครียดจากทุกด้านคะแนนสัดส่วน  
ใดมากหมายถึงผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆมากเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ ซึ่งคะแนน  
สัมพัทธ์คำนวณได้จากสูตรดังนี้

เมื่อ  $XR =$  ค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ของวิธีการเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน

$MC =$  ค่าเฉลี่ยทางด้านการเผชิญปัญหา

$ME =$  ค่าเฉลี่ยทางด้านการจัดการทางอารมณ์

$MP =$  ค่าเฉลี่ยทางด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม

$XR = MP / (MC + ME + MP)$

คะแนนสัมพัทธ์ในแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 0-1 โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับการใช้วิธีการเผชิญ  
ความเครียดในด้านนั้นๆดังนี้

ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆน้อย	หมายถึง ค่าคะแนน 0.01-0.33
ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆปานกลาง	หมายถึง ค่าคะแนน 0.34-0.67
ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆมาก	หมายถึง ค่าคะแนน 0.68-1.00

แบบสอบถามกลยุทธ์การเผชิญความเครียด (Coping Strategies  
Questionnaire's) สร้างขึ้นโดย Rosenstiel and Keefe (1983 อ้างถึงใน Wegmann, 1922) ใช้  
ประเมินกลไกการเผชิญความเจ็บปวดของผู้ป่วยปวดหลัง แบ่งเป็นกลยุทธ์การเผชิญความเครียดทาง  
ปัญญาและกลยุทธ์การเผชิญความเครียดด้านพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด เป็นมาตราส่วน  
การประมาณค่า 7 ระดับ จาก 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย ไปจนถึง 6 คะแนน  
หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยที่สุด Rosenstiel and Keefe ได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ  
พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม (Item intercorrelation) .71 เครื่องมือนี้นิยมใช้ในกลุ่ม  
ตัวอย่างที่มีภาวะเจ็บปวดเรื้อรัง และมีการปรับใช้ในผู้ป่วยโรคเลือดชนิด sickle cell โดย Gil et al.

(1989 cited in Thompson, 1992) ซึ่งเพิ่มการเผชิญความเครียดอีกด้านหนึ่งคือ กลยุทธ์การเผชิญความเครียดตามสรีรวิทยา Gil et al. ทดสอบความเที่ยงพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค อยู่ในช่วง .69 - .91 และได้ทำการทดสอบเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ แบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 2 ด้าน คือ ความพยายามในการจัดการความเครียด (Coping attempts) และการใช้ความคิดในทางลบหรือการจัดการกับความเครียดทางอ้อมหรือการนิ่งเฉย (Negative thinking/ passive adherence) และการทดสอบความตรงรวมเข้า (Convergent validity) กับแบบสอบถามกลยุทธ์การเผชิญความเครียดของ Rosenstel and Keefe พบว่ามีความสัมพันธ์

แบบสอบถามประสิทธิภาพการเผชิญความเครียดของ McNett (the McNett Coping Effectiveness Questionnaires: MCEQ) ซึ่ง McNett (1986) สร้างแบบสอบถามนี้ขึ้นในปี ค.ศ. 1984 จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคุณลักษณะของประสิทธิภาพการเผชิญความเครียด 14 ข้อ เช่น รู้สึกมีความสุข นอนหลับสนิทในเวลากลางคืน เป็นต้น ทดสอบความเที่ยงด้วยการศึกษานำร่อง (Pilot study) ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ นักศึกษาปริญญาตรี จำนวน 52 ราย และผู้ทุพพลภาพที่ใช้รถเข็น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .90 ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการทดสอบความตรงรวมเข้ากับคำถามที่ใช้ในการประเมินระดับประสิทธิภาพการเผชิญความเครียด ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .68

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา (Coping Strategies Questionnaire) ของ Jalowiec ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 ซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย นิตยา สุทธยากร (2531) เคยมีการนำแบบสอบถามนี้ไปใช้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุมวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

## 7. การสนับสนุนทางสังคม

### 7.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ว่าคุณคนให้กำลังใจ การได้รับความรัก การยอมรับจากสังคม ทำให้ตนเองเกิดการรับรู้ รู้สึกมีคุณค่า มีการรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและมีคุณค่า และการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม House (1981) การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและการให้ความเชื่อใจไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นถึงคุณค่าและการให้ความ

ช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัสดุสิ่งของ หรือบริการต่างๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Schaefer et al. (1981) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งประทับประคองทางจิตใจของบุคคลในสังคมเมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิต

Norbeck (1982) การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลง จากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง สามารถป้องกันการเกิดโรคและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

Lazarus and Folkman (1984) การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลเผชิญกับความเครียดได้ดี โดยมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพ คือ ผลโดยตรงต่อสุขภาพจะมีส่วนช่วยจัดการความเครียด ผลทางอ้อมช่วยบรรเทาผลที่เกิดจากความเครียด

Brandt and Winert (1985) การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากคนในสังคม

Jacobson (1986) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุ และได้รับความรู้ความเข้าใจ ทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจในการจัดการกับปัญหาและการรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการรู้คิด การสนับสนุนด้านวัตถุ

McNett (1987) กล่าวถึงผลการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลไก คือ การสนับสนุนทางสังคมเป็นกลไกการปรับสมดุลของความเครียดซึ่งเป็นตัวกลางระหว่างสถานการณ์ที่เป็นความเครียดและผลที่ตามมาหลังจากความเครียดนั้น โดยการลดการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นความเครียด หรือสิ่งคุกคาม และการสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นตัวกลางระหว่างการประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามและผลที่ตามมา โดยการลดหรือจำกัดปฏิกิริยาต่อการถูกคุกคามโดยการให้แนวทางการแก้ปัญหา หรือการลดความสำคัญของปัญหา ซึ่งอยู่ภายใต้การตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ประเมินอยู่นั้น

Tildent and Winert (1987) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือด้านจิตสังคม สิ่งของ เงินทอง และแรงงานที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม

Stewart and Tilden (1995) เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการช่วยให้มีการฟื้นฟูสภาพในทางที่ดีขึ้น พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญมากในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจะปกป้องบุคคลจากอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดได้อย่างเฉียบพลัน

Pender (2000) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นโดย

ได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบสังคมนั้น เป็นผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข้าวสาร ค่าแนะนำ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

### 7.2 ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การสนับสนุนทางสังคม เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ภายนอกตัวบุคคลที่ช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแปลความหมายของเหตุการณ์ ช่วยให้บุคคลทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของ Schaefer, Coyne and Lazarus (1981) พบว่าสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งชี้ถึงแหล่งประโยชน์จากครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดความเชื่อมั่น และรู้สึกว่าคุณค่ารวมทั้งยังเป็นคนสำคัญของครอบครัว การที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยจะทำให้บุคคลนั้นๆ มีคู่คิดมีเพื่อนแท้ที่คบได้อย่างสนิทใจ ไม่รู้สึกเหงาหรือโดดเดี่ยว การมีคู่ชีวิตจะช่วยลดความเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทำให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีคนคอยปลอบโยนให้กำลังใจ ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วย (ประมุขย์ ทรงจักรแก้ว และพัชรวิมล คุปต์นิรติศัยกุล, 2542) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Kim et al. (1999) ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อกันตริ บัวเหลือง, 2553) ในผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้มีความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้น อาการของโรคทุเลาลง และมีสภาวะอารมณ์เชิงลบดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่ง สามารถปรับตัวได้ มีความพึงพอใจในชีวิต (Bays, 2001)

### 7.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมส่วนที่สอง (Support Questionnaire: SSQ Part II) ของ Shaffer, Coyne and Lazarus (1981) ใช้ประเมินชนิดการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลคำแนะนำ ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของและบริการ มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ หาค่าความเที่ยงโดยวัดความสอดคล้องภายในด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .81, .95 และ .31 ตามลำดับ และใช้วิธีทดสอบซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มเดิม ห่างกัน 9 เดือน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาด้านอารมณ์เท่ากับ .66 และด้านสิ่งของเท่ากับ .56 ประเมินความตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) โดย Norbeck, Lindsay & Carrierl (1981) ได้นำไปเปรียบเทียบกับแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ Beck พบว่ามีความสัมพันธ์ในขนาดปานกลางระหว่างด้านข้อมูลและด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ หลังจากนั้น Norbeck and Tilden (1983) ได้เพิ่มข้อความการสนับสนุนด้านสิ่งของและหาความเที่ยงของเครื่องมือ นำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ หาค่าความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .89 (สมจิต หนูเจริญกุล, 1988)



ในประเทศไทย สมจิต หนูเจริญกุล ได้นำมาดัดแปลงใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ ได้รับการฉายรังสี โดยวัดการได้รับข้อมูลและได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ และเพิ่มการได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุและบริการต่างๆ โดยดัดแปลงแหล่งประโยชน์เป็น ครอบครัว บุคคลที่ผู้ป่วยมาพักอาศัยอยู่ด้วยขณะรับการฉายรังสี เจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อนรวมถึงเพื่อนบ้าน และหัวหน้าหรือผู้ร่วมงาน หาค่าความเที่ยงในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 112 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .97 อัจฉรา โอประเสริฐกุล (2531) นำฉบับที่แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล มาดัดแปลงและนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทดสอบความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .76 ต่อมาจันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ได้นำมาดัดแปลง เหลือข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ นำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 100 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .86

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Brown แปลและนำมาใช้โดย กาญจนา บุญทับ (2534) Brown สร้างแบบสอบถามนี้โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของและบริการ มีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 อันดับคือ ไม่พึงพอใจมากที่สุด 1 คะแนน จนถึงพึงพอใจมากที่สุด 6 คะแนน หาค่าความเที่ยงโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยง .89-.91

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire: PRQ 85- Part II) ของ Brandt and Winert (1985) แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นเพื่อวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) ที่วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ 5 ด้าน คือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสังคมศาสตร์ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตามโครงสร้าง โดยนำไปใช้ในผู้ใหญ่วัยกลางคนอายุ 40-70 ปี สุขภาพดี เพศหญิง จำนวน 16 คน ชาย 33 คน วัดการสนับสนุนทางสังคมด้วย PRQ 85: Part II และ Cost and Reciprocity Index (CRI) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แล้วนำคะแนนที่ได้จากเครื่องมือทั้งสองไปหาความสัมพันธ์กับแบบวัดการรับรู้ผลกระทบของการสนับสนุนทางสังคม (Profile of Mood State) ของ McNett et al. ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค PRQ85: Part II กับ .91 และของ CRI เท่ากับ .91 เช่นเดียวกัน แสดงถึงแบบวัด PRQ 85: Part II มีความตรงเชิงโครงสร้าง ได้แบบสอบถามจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย ด้านความรักใคร่ผูกพัน จำนวน 5 ข้อ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จำนวน 5 ข้อ ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น จำนวน 5 ข้อ และด้านการได้รับความช่วยเหลือต่างๆ จำนวน 5 ข้อ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยนำไปวัดความคงที่ภายใน

ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .85-.93 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่าลิเคิร์ต 7 ระดับ

ในประเทศไทยมีการนำ The Personal Resource Questionnaire: PRQ 85- Part II ของ Brandt and Winert (1985) มาใช้และแปลเป็นภาษาไทยโดย จิรภา หงส์ตระกูล (2532) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความชัดเจนของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจากสาขาต่างๆ จำนวน 5 คน นำไปใช้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบสาเหตุจำนวน 30 และ 100 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 และ .90 ตามลำดับ และด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (Test-retest) ในกลุ่มนักศึกษาวิชาชีพปี 1 ห่างกัน 2 สัปดาห์ จำนวน 10 คน พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ ต่อมา ถัดดาวลัยสิงห์คำฟู (2532) นำไปใช้ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 อ้อมใจ สิทธิจำลอง (2542) ดัดแปลงและนำไปใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น (2546) ปรับแก้และนำมาใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 130 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

Social Support Questionnaire (SSQ) ได้รับการพัฒนาและทดสอบโดย Sarason et al. (1983) ใช้วัดจำนวนของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่มีหรือหามาได้ ซึ่งประกอบด้วยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล การปรับตัวหรือการจัดการ และการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มีข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยบุคคลที่สามารถพึ่งพา และความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ คำตอบเป็นมีหรือไม่มี ถ้าตอบว่ามีจะต้องประเมินความพึงพอใจการสนับสนุนที่ได้รับ เป็นมาตรฐานประมาณค่าจาก 1 คะแนน หมายถึงพึ่งพามาก ถึง 6 คะแนน หมายถึง ไม่พึ่งพามาก ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้เท่ากับ .94 และวัดซ้ำห่างกัน 4 สัปดาห์ ได้ค่าเท่ากับ .48-.72 และมีค่าความคงที่ภายในสูง

Inventory of socially Supportive Behavior (ISSB) พัฒนาโดย Berrera et al. (1981) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความถี่ของการได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก และครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน และบุคคลที่รู้จักคุ้นเคย ข้อคำถามมีจำนวน 40 ข้อ ประเมินความถี่ของเหตุการณ์ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึงไม่ได้รับ ถึง 5 คะแนน หมายถึง ได้รับทุกวัน ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้เท่ากับ .93 และ .94 วัดซ้ำได้ค่าแอลฟาเท่ากับ .88 และคะแนนมีความสัมพันธ์กับขนาดของเครือข่ายและการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว

The ENRICH Social Support Questionnaire แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตระกูล (2549) มีข้อคำถาม 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย ถึง 5 คะแนน หมายถึงตลอดเวลา สอบถามถึงความรู้สึกในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ค่าคะแนนเฉลี่ยน้อย แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยคะแนนเฉลี่ยมาก แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมมาก ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความเที่ยงภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .83 และการวัดซ้ำได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .81

Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kahn เพื่อวัดความหลากหลายมิติของโครงสร้างการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ การประเมินหน้าที่หรือการทำหน้าที่ ประเมินการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ ความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด ความเห็นพ้องยืนยันพฤติกรรมของบุคคลและการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และการสูญเสียเครือข่าย คือ ประเมินสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมซึ่งเป็นผู้ให้การสนับสนุนที่สำคัญในปัจจุบัน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นจริง ถึง 5 คะแนน หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด หาค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .85-.92 ค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาไม่ต่ำกว่า .89 และทดสอบค่าความตรงโดยการหาความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ด้วยการหาค่าความตรงตามสภาพร่วมกับแบบวัด Social Support Questionnaire ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .31-.56

แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก สายนาท พลไชโย (2543) แปลและดัดแปลงจากแนวคิดเกี่ยวกับชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของแนวคิดของ House (1981) เพื่อประเมินการสนับสนุนช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองได้รับทั้ง 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินเปรียบเทียบ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 คนและ 130 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 และ .88 ตามลำดับ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน The ENRICH Social Support Questionnaire ซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตระกูล (2549) ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

## 8. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

### 8.1 ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีหลักการจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) (Bandura, 1986) ซึ่งประกอบด้วยแนวคิด 3 ประการ คือ แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observation Learning) แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-Regulatory) และแนวคิดของความสามารถหรือสมรรถนะของตน (Self-Efficacy) Bandura ให้ความหมายของสมรรถนะแห่งตนว่า เป็นความรู้สึกนึกคิดหรือตัดสินความสามารถส่วนบุคคลในการกระทำพฤติกรรมและดำเนินพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ โดยที่การรับรู้ทักษะและความสามารถในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งจะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมนั้นขึ้น ถือเป็นความช่วยเหลือสร้างพลังให้กับตนเองและมีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางของจิตใจ (Ross, 1992) กล่าวคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีบทบาทสำคัญในการที่จะทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจว่าจะทำได้ (Bandura, 1986) และความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ และมีความชำนาญจะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมได้มากกว่าความรู้สึกขาดทักษะความชำนาญ คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถมักจะเลือกทำงานที่มีลักษณะท้าทาย กระจือหรือร้อน มีความอดทน (Evans, 1989) โดย Bandura (1986) เชื่อว่าการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคลซึ่งแต่ละคนจะรับรู้ความสามารถแตกต่างกัน ในขณะที่เดียวกันการรับรู้สมรรถนะในแต่ละด้านของบุคคลก็ไม่เท่ากัน และการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีอิทธิพลต่อกระบวนการคิดการกระทำของบุคคล (Bandura, 1977) กล่าวคือ บุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกันแต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกัน ถ้า 2 คนนี้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองแตกต่างกัน Bandura เชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีความเกี่ยวข้องกับความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น ซึ่ง Bandura (1977) ได้กล่าวว่า การกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นเกิดมาจากแนวคิด 2 ประการ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

8.2 ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ( Self-Care Self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต ทำให้พฤติกรรมคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป จากการศึกษาของ Robinson-Smith et al. (2000) พบว่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต เพราะฉะนั้นพยาบาลและญาติควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจเชื่อมั่นในความสามารถของตัวผู้ป่วยในการดูแลตนเอง มีความรู้สึกทางบวก ทำให้เกิดความมั่นใจ และสามารถ

จัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองดีขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี โดยใส่ใจดูแลสุขภาพ และสนใจในการออกกำลังกายมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยออกแรงทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

### 8.3 การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองใช้แบบประเมิน The Strategies Used by People to Promote Health (SUPPH) ของ Lev and Owen (1996) ดัดแปลงและพัฒนาโดยอุษณีย์ ทับทอง (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจในความสามารถในการดูแลตนเอง 4 องค์ประกอบได้แก่ ด้านการปรับแก้ปัญหา ด้านการลดความเครียด ด้านการตัดสินใจ และด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน โดยการตอบแต่ละด้านเหมือนกันคือให้ผู้ป่วยเลือกตอบ 5 ระดับคะแนนเริ่มจากคะแนน 1 ถึง 5 ซึ่งถ้าผู้ป่วยเลือก 1 คะแนนคือผู้ป่วยมีความมั่นใจในเรื่องนั้นต่ำสุดจนถึงคะแนน 5 คือผู้ป่วยมีความมั่นใจในข้อนั้นสูงสุดตามลำดับ แบบสอบถามนี้ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายและยังมีการแปลเป็นภาษาไทยโดยนิศารัตน์ เขตวรรณ (2541) ซึ่งได้ทดสอบแบบสอบถามกับผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี จำนวน 10 คน แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.95 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ มีจำนวน 4 ด้านคือ

การปรับแก้ปัญหา	จำนวน 9 ข้อ
การลดความเครียด	จำนวน 5 ข้อ
การตัดสินใจ	จำนวน 6 ข้อ
การทำชีวิตให้เพลิดเพลิน	จำนวน 5 ข้อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามกรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) โดยครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาทั้ง 3 ด้าน ดังนี้ 1) ขนาดหรือระดับการรับรู้ความสามารถตามความยากง่ายของพฤติกรรม 2) ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม และ 3) ระดับความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ โดยมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

## 9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สาตี เฉลิวรรณพงศ์ (2552) วิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำก่อนและหลัง ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่มีต่อความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำนวน 67 คน โดยใช้แบบวัดดัชนีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเฟอร์แรนส์และเพาเวอร์ส (1996) พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำหน้าที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม คุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองดีขึ้นในสัปดาห์ที่ 12 ขณะที่คุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลง

ชญากุล นิตเกษมกุล (2556) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 81 คน ใช้แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Impact Scale 16.0: SIS-16) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี และมีระดับความรุนแรงที่ผิดปกติเล็กน้อย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคและระยะเวลาที่ต้องใช้ในการดูแลต่อวัน

อภันตรี บัวเหลือง (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู พบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับน้อยพบว่าการศึกษาระดับสูงมีคุณภาพชีวิตดีกว่า การรับรู้ความรู้สึกลดลงมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับน้อย ระยะเวลาของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับน้อย อาการกล้ามเนื้อเกร็ง กระตุกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับน้อย แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับน้อย อาการขาขวาอ่อนแรงมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับน้อย อาการท้องผูกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับน้อย การมองเห็นไม่ชัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในระดับน้อย ตำแหน่งสมองที่มีพยาธิสภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในระดับน้อย

แสงแก้ว ราชภักดี (2550) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบติดตามไปข้างหน้า 3 เดือน ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 125 คน ที่อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตใช้ Short Form-36 v2 (SF-36 v2) ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพ

ชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 6 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกายด้านความเจ็บปวด ด้านสุขภาพกาย ด้านความกระฉับกระเฉง ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ไม่น่าพอใจ 1 เดือนหลังป่วย ได้แก่ การมีลักษณะที่ต้องพึ่งพา ความบกพร่องขั้นรุนแรงเรื่องความรู้ความเข้าใจ การมีรอยโรคที่สมองซีกขวา กลุ่มโสต การมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มไม่ได้ประกอบอาชีพหลังป่วย ส่วนปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ไม่น่าพอใจ 3 เดือนหลังป่วย ได้แก่ การมีลักษณะที่ต้องพึ่งพา ความบกพร่องขั้นรุนแรงเรื่องความรู้ความเข้าใจ โรคหลอดเลือดสมองแบบ Thrombosis การมีรอยโรคที่สมองซีกขวากลุ่มโสตและกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเป็นการศึกษาในช่วงอายุที่กว้างคือ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมีลักษณะทางร่างกาย ความสามารถในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการบทบาทหน้าที่ทางสังคมแตกต่างจากผู้สูงอายุ ซึ่งช่วงอายุที่ต่างกันอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันได้

Ahlsio et al. (1984) ได้ศึกษาความพิการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาจากผู้ป่วยจำนวน 96 คน องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย การพึงพอใจกับสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ เงื่อนไขการดำรงชีวิต การพักผ่อน การมีโอกาสทำกิจกรรมที่ต้องการทำ ส่วนการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังป่วยใช้ visual analogue scale ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตลดลงและในช่วง 2 ปี คุณภาพไม่ดีขึ้นเลย คุณภาพชีวิตที่ลดลงจะพบมากในผู้ป่วยที่พึ่งพาคนอื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตเช่นเดียวกับความพิการ

Astrom M., Asplund K. and Astrom T. (1992) ศึกษาสภาวะจิตสังคมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า 3 ปี แล้วประเมินคุณภาพชีวิตเป็นระยะๆ ใช้ผู้ป่วยจำนวน 50 คน และผู้สูงอายุทั่วไป จำนวน 294 คน ผลการศึกษาพบว่าหลังจาก 3 ปี ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำลง การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และมีอาการด้านจิตใจมากขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำมากที่สุดหลังจากป่วย 3 เดือน ส่วนปัจจัยที่มีผลให้คุณภาพชีวิตลดลงคือ ภาวะซึมเศร้า การสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกาย

Carod-Artal et al. (2000) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปี ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 90 คน เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตใช้ Short-Form 36 (SF-36) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 38% มีภาวะซึมเศร้า ตัวแปรที่ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ เพศหญิง อาชีพแม่บ้าน การไร้ความสามารถในการทำงาน และกิจกรรมทางสังคมลดลง สุขภาพร่างกายและจิตใจสัมพันธ์กับการไร้ความสามารถ ในเพศหญิงมีความบกพร่องของ

กล้ามเนื้อและภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ไม่ได้ศึกษาในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่แตกต่างกันได้

Gray et al. (2007) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดแบบเฉียบพลันภายใน 48 ชั่วโมง ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 1,484 คน เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตใช้ Short Form-36 ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย ประมาณ 25% จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ไม่ได้ศึกษาในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแตกต่างกันได้

Johansson et al. (1992) ทำการประเมินสถานภาพสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี ศึกษาจากผู้ป่วยจำนวน 346 คน เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต คือ Nottingham Health Profile (NHP) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอัมพาตด้านขวาจะมีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต คือ ความสามารถในการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน สถานภาพสมรส การตระหนักถึงโรคที่เป็น ลักษณะบุคลิกภาพ

King (1996) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากป่วย 1-3 ปี โดยศึกษาจากผู้ป่วยจำนวน 86 คน เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต คือ Ferrans & Power Quality of Life Index – Stroke Version ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30 คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยต่ำกว่าคนปกติ คะแนนคุณภาพชีวิตสูงในด้านครอบครัว และคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำสุดด้านการทำงานของร่างกาย ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต คือ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม สภาพการทำงานของร่างกาย ส่วนปัจจัยด้าน อายุ โรคหัวใจ ฐานะทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจ

Naess et al. (2006) ศึกษาคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดปีแรก อายุ 15-49 ปี ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 190 คน และกลุ่มควบคุม 215 คน เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตใช้ Short-Form General Health Survey(SF-36) ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตเฉลี่ย เมื่อ 6 ปี คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะสุขภาพทั่วไป และบทบาททางสังคม และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและอ่อนเพลียมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ไม่ได้ศึกษาในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่แตกต่างกันได้

Niemi et al. (1988) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอัมพาตภายหลังเกิดโรค 4 ปี ใช้กลุ่มตัวอย่าง 46 คน อายุต่ำกว่า 65 ปี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตก่อนและหลังป่วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ศึกษาประกอบด้วย 4 ด้าน คือ



เงื่อนไขการทำงาน กิจกรรมภายในบ้าน ความสัมพันธ์ในครอบครัว และกิจกรรมในเวลาว่าง ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตในหลายด้านลดลงร้อยละ 39 – 80 ด้านที่ลดลงน้อยที่สุด คือ กิจกรรมภายในบ้าน ด้านที่ลดลงมากที่สุดคือ กิจกรรมในเวลาว่าง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของคุณภาพชีวิต คือ เพศ ภาวะซึมเศร้า การกลับไปทำงานหลังจากป่วย การพึ่งพากิจวัตรประจำวัน ด้านของร่างกายที่อ่อนแอ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุจากหลอดเลือดตีบหรืออุดตันมีการสูญเสียคุณภาพชีวิตมากกว่าสาเหตุจากหลอดเลือดสมองแตก

Nichols-Larsen et al. (2005) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพชีวิตผู้ป่วยหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 3-9 เดือน ซึ่งเป็นระยะฟื้นฟู โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 229 คน เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตใช้ Stroke Impact Scale (SIS) Version 3.0 ผลการศึกษาพบว่าอายุ เพศ ระดับการศึกษา ชนิดโรคหลอดเลือดสมอง ความสอดคล้องมือและแขน การทำงานกล้ามเนื้อแขน และความผิดปกติเหล่านี้สัมพันธ์ตรงกันข้ามกับระดับคะแนนคุณภาพชีวิต (SIS) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อายุนอก ไม่ใช่คนผิวขาว (nonwhite race) มีความผิดปกติมาก และการทำงานของแขนลดลง สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ไม่ได้ศึกษาด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่แตกต่างกันได้

Patel et al. (2007) ศึกษาปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1 และ 3 ปี เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตใช้ Short-Form Health Survey (SF-36) UK version ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 397 คน ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ เศรษฐฐานะ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองก่อนป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง บุคคลที่อาศัยด้วย ช่างที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความบกพร่องของร่างกายระยะแรก การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า 1 ปี หลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ตัวแปรที่บ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตด้านร่างกายแย่ง คือ เพศหญิง ผู้ที่ใช้แรงงาน โรคเบาหวาน มีรอยโรคหลอดเลือดสมองด้านขวา ไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้ และการรับรู้บกพร่อง ตัวแปรที่บ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตด้านจิตใจแย่ง คือ คนชาติเอเชีย โรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้บกพร่อง ผู้ป่วยอายุ 65-75 ปี มีสุขภาพจิตดีกว่ากลุ่มอายุ < 65 ปี จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าศึกษาในช่วงอายุที่กว้าง ไม่ได้ศึกษาเฉพาะในวัยผู้ใหญ่และไม่ได้ศึกษาตัวแปรอิสระด้านอื่นๆ เช่น สภาวะด้านการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า อาการปวด วิธีการเผชิญปัญหา และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่แตกต่างกันได้

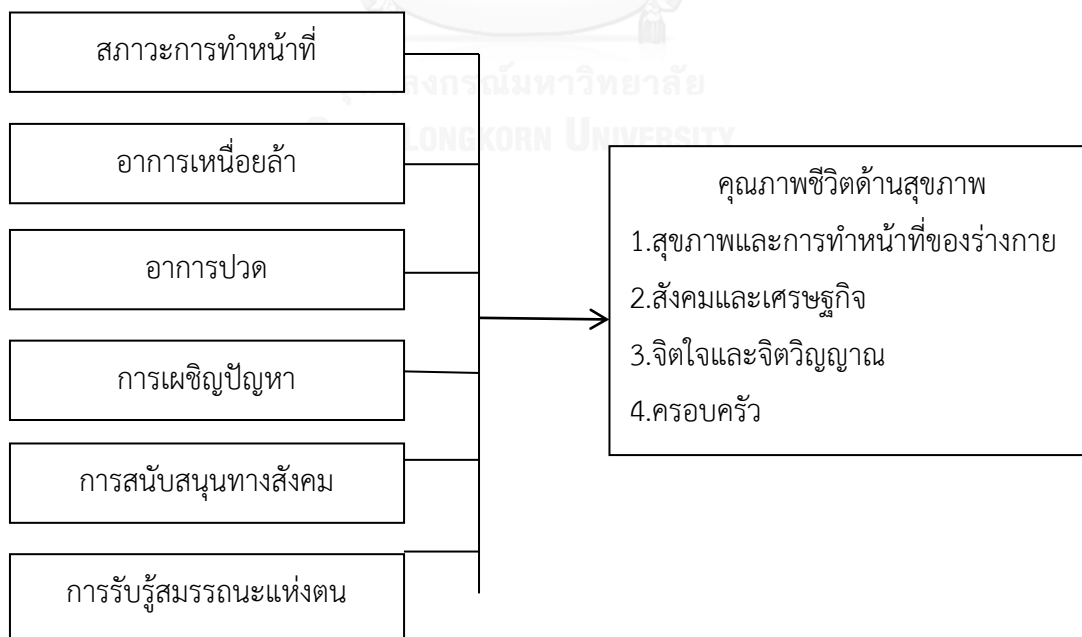
Sneeuw et al. (1997) ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ญาติผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน ศึกษาจากผู้ป่วยจำนวน 437 คน เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตใช้ Sickness Impact Profile (SIP) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องการสื่อสารและสติปัญญา ทำให้การ

ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นไปได้ยาก จึงได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างตัวผู้ป่วยซึ่งไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารเป็นผู้ประเมินเองเปรียบเทียบกับญาติผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ป่วยประเมินคุณภาพชีวิตได้ผลใกล้เคียงกับที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินคุณภาพชีวิตของตนเอง โดยญาติผู้ป่วยจะประเมินคุณภาพชีวิตต่ำกว่าที่ผู้ป่วยประเมิน

Wyller et al. (1997) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากป่วย 1 ปี โดยศึกษาจากผู้ป่วยจำนวน 60 คน และคนทั่วไป จำนวน 416 คน เครื่องมือที่ใช้สัมภาษณ์ คือ General Health Questionnaire (GHQ) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยจะต่ำกว่ากลุ่มคนทั่วไปถึง 20.1 เท่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง คือ การสูญเสียหน้าที่การทำงานของแขน - ขา การทำในสิ่งที่เคยทำไม่ได้ การพูดไม่ได้ คะแนนกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel Index) ต่ำ คะแนนสมรรถภาพสมอง (MMSE) ต่ำ คะแนนกิจกรรมทางสังคม (FAI) ต่ำ

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด คุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้ง ผู้วิจัยสามารถนำมากำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

## 10. กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ สภาวะการทำหน้าที่ อากาศเหนื่อยล้า อากาศปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 30–59 ปี ที่มาติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีอายุระหว่าง 30–59 ปี ที่มาติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจและสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 132 คน เลือกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบ 3 ขั้นตอน (Three - Stage Sampling) ดังนี้

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จากสูตรคำนวณ Thorndike (1978) คือ

$$n \geq 10k + 50 \quad (n = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}, k = \text{จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา})$$

$$n \geq (10 \times 7) + 50 \quad (\text{ศึกษาทั้งหมด 7 ตัวแปร})$$

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลอีกร้อยละ 10 (De Leeuw, Hox, and Dillman, 2008) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 132 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มสังกัดต่างๆ ของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมี 6 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ และโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ (Cluster Sampling) โดยเลือกสุ่มมา 2 สังกัด จาก 6 สังกัด ซึ่งจากการสุ่มสังกัดได้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดทั้ง 2 สังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยเป็นโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ ที่มีหน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์และหน่วยตรวจโรคประสาทอายุรศาสตร์ ได้ 2 โรงพยาบาล ดังนี้

1. โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติมีแห่งเดียว ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับตติยภูมิ ให้บริการข้าราชการตำรวจและครอบครัว ประชาชนทั่วไป มีจำนวนเตียงรองรับผู้ป่วยได้ 800 เตียง ให้บริการจริง 575 เตียง อัตราครองเตียง 65% ให้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยปีละ 600,000 ราย ผู้ป่วยในเฉลี่ยปีละ 15,600 ราย

2. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มี 4 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันประสาทวิทยา สุ่ม 1 ใน 4 โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ สุ่มได้สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่หลักในด้านการศึกษา วิจัย และรักษาผู้ป่วยโรคระบบประสาทและสมอง สามารถให้บริการผู้ป่วยนอกได้เฉลี่ยปีละ 180,000 ราย และผู้ป่วยในได้เฉลี่ยปีละ 4,000 ราย มีเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยได้ 300 เตียง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล โดยคำนวณจากประชากรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละโรงพยาบาลและจำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในเดือนที่ผ่านมา (พฤษภาคม 2559) พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลตำรวจมีจำนวนประมาณ 120 คนต่อเดือน และสถาบันประสาทวิทยาจำนวนประมาณ 260 คนต่อเดือน จากนั้นผู้วิจัยได้คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลโดยใช้สูตรคำนวณ Proportion to size (รุจิเรศ ธนุรักษ์และคณะ, 2543) ดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการ} \times \text{จำนวนผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณตามสัดส่วนประชากรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกของแต่ละโรงพยาบาลที่จะเก็บข้อมูล

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ต่อเดือน(คน)	สัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
สถาบันประสาทวิทยา	280	97
โรงพยาบาลตำรวจ	100	35
รวม	380	132

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยแบบกำหนดเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนด คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ระดับคะแนนกลาสโกว์ (Glasgow coma Scale: GCS) ที่มากกว่า 10 ขึ้นไป ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจกับข้อคำถามในแบบสอบถาม และสามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้
2. สื่อสารด้วยภาษาไทยและสามารถอ่านหรือฟังภาษาไทยได้
3. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
4. ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วเกิน 1 เดือน
5. ผ่านการประเมินด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognition) ด้วยแบบประเมิน Mini Mental Status Exam-Thai 2002 (MMSE-Thai 2002) เพื่อทดสอบระดับความสามารถของสมองของผู้เข้าร่วมวิจัย ในด้านกระบวนการรับรู้ 6 ด้าน คือ การรับรู้เวลา สถานที่ การจดจำ ความตั้งใจ การคำนวณ การใช้ภาษาและการระลึกได้ ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจกับข้อคำถามในแบบสอบถามได้ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

กรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน จาก 23 คะแนน

กรณีที่ยังเรียนจบประถมศึกษา ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน จาก 30 คะแนน

กรณีที่ยังเรียนจบสูงกว่าประถมศึกษา ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน จาก 30 คะแนน

เกณฑ์คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้นในขณะให้ข้อมูลมีความผิดปกติด้านจิตประสาทและมีประวัติภาวะสมองเสื่อมหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Post stroke dementia)

เลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลตามคุณสมบัติในขั้นตอนที่ 3 จากนั้นทำการเก็บข้อมูลในวันและเวลาที่ได้รับอนุญาตให้มีการเก็บข้อมูล จนครบตามจำนวนของแต่ละโรงพยาบาล ทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 โดยมีรายละเอียดวันเวลาในการเก็บข้อมูลดังนี้

โรงพยาบาลตำรวจ วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น.

สถาบันประสาทวิทยา วันจันทร์ อังคาร พุธและพฤหัสบดี เวลา 08.00-12.00 น.

ผลการคัดเลือกกลุ่มประชากรตามเกณฑ์ข้างต้น ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ประกอบด้วย

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2542) เป็นการทดสอบระดับความสามารถของสมองในด้านกระบวนการรับรู้ 6 ด้าน คือ การรับรู้เวลา สถานที่ การจดจำ ความตั้งใจ การคำนวณ การใช้ภาษาและการระลึกได้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) สภาพตานจิตใจ คือ การแนะนำ ให้รู้จักสถานที่ บุคคล เวลา 2). ความจำและการระลึกได้ คือ สมาธิและการคำนวณ ภาษา ปฏิบัติการต่อการตอบสนอง 3). ความสามารถในการเลียนแบบ (ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน) กรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน จาก 23 คะแนน กรณีที่เรียนจบประถมศึกษา ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน จาก 30 คะแนน กรณีที่เรียนจบสูงกว่าประถมศึกษา ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน จาก 30 คะแนน

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล** ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 8 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนาสถานะทางการเงินของครอบครัว ชีขของการเกิดอัมพาต โรคประจำตัว และประวัติการใช้สารเสพติด

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย** ใช้แบบประเมิน The Modified Barthel Activities Daily Living Index ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย บุษกร โลหารชุน, ปานจิต วรรณภีระ, จินตนา ปาลิวนิช, และกัญญารัตน์ คำจูน (2551)

**การคิดคะแนน** The Modified Barthel Activities Daily Living Index ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม เช่น การดูแลสุขลักษณะส่วนตัว การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การเคลื่อนที่หรือการใช้รถเข็นนั่ง การเคลื่อนย้าย การขึ้นลงบันได ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ตั้งแต่ 0 ถึง 15 คะแนน เรียงลำดับตามความยากง่ายของแต่ละกิจกรรม ได้แก่ การดูแลสุขลักษณะส่วนตัว (ระดับการให้คะแนน 0, 1, 3, 4, 5 คะแนน) การอาบน้ำ (ระดับการให้คะแนน 0, 1, 3, 4, 5 คะแนน) การรับประทานอาหาร (ระดับการให้คะแนน 0, 2, 5, 8, 10 คะแนน) การใช้ห้องน้ำ (ระดับการให้คะแนน 0, 2, 5, 8, 10 คะแนน) การสวมใส่เสื้อผ้า (ระดับการให้คะแนน 0, 2, 5, 8, 10 คะแนน) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ (ระดับการให้คะแนน 0, 2, 5, 8, 10 คะแนน) การเคลื่อนที่ (ระดับการให้คะแนน 0, 3, 8, 12, 15 คะแนน) หรือการใช้รถเข็นนั่ง

หากผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง (ระดับการให้คะแนน 0, 1, 3, 4, 5 คะแนน) การเคลื่อนย้าย(ระดับการให้คะแนน 0, 3, 8, 12, 15 คะแนน) และการขึ้นลงบันได (ระดับการให้คะแนน 0, 2, 5, 8, 10 คะแนน) คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน (บุษกร โลหารชุน และคณะ, 2551) คะแนนที่มากบ่งชี้ว่าผู้ป่วยพึ่งพาผู้อื่นน้อย

**การแปลผล** เครื่องมือ The Modified Barthel Activities Daily Living Index 0-24 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด (total dependency), 25-49 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่ (severe dependency), 50-74 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาปานกลาง (moderate dependency), 75-90 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาล็กน้อย (mild dependency) และ 91-100 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาน้อยมาก (minimal dependency)

**ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า** Fatigue Severity Scale (FSS) แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย อวยพร สวัสดิ์ (2557)

**การคิดคะแนน** เครื่องมือ Fatigue Severity Scale (FSS) มีลักษณะเป็นเครื่องมือที่ผู้ป่วยรายงานอาการเหนื่อยล้าด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะมาตรวัดเป็น Likert scale 1-7 1 หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 7 หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมของแบบประเมินเท่ากับ 63 คะแนน โดยคำนวณจากผลรวมของคะแนนจากการตอบแบบสอบถามหารด้วยข้อคำถามทั้งหมด คะแนนรวมตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไปแสดงว่ามีอาการเหนื่อยล้า (Krupp et al., 1989) โดยคะแนนที่มากบ่งชี้ว่ามีความเหนื่อยล้ามาก

**การแปลผล** Fatigue Severity Scale  $\geq 4$  คะแนน หมายถึง มีความเหนื่อยล้า,  $< 4$  คะแนน หมายถึง ไม่มีความเหนื่อยล้า อวยพร สวัสดิ์ (2557)

**ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการปวด** ประกอบด้วยตำแหน่งที่ปวด และคะแนนความปวด โดยใช้แบบวัดความรู้สึกรวด NRS (Numerical Rating Scale) เป็นเส้นตรงที่มีขีดแบ่งเป็นช่องเท่าๆกัน และมีหมายเลขกำกับตั้งแต่ 0-10 โดยมีระดับคะแนนของอาการ ดังต่อไปนี้ โดยคะแนน 0 หมายความว่า ไม่มีอาการปวด คะแนน 1-3 มีอาการปวดเล็กน้อย คะแนน 4-6 ปวดปานกลาง คะแนน 7-9 ปวดมาก และคะแนน 10 หมายถึง มีระดับอาการปวดมากที่สุด (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

**ส่วนที่ 5 แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา** โดยใช้แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียด (Coping Strategies Questionnaire) ของ Jalowiec ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 ซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย นิตยา สุทธยากร (2531) ประกอบด้วยข้อความที่เป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียดจำนวน 36 ข้อโดยแบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ

การเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อได้แก่ข้อที่ 2,5,11,15,16,17,22,27,29,31,32,34 และ 36

การจัดการด้านอารมณ์ 9 ข้อได้แก่ข้อที่ 1,6,9,12,13,19,21,23 และ 24

การบรรเทาความเครียด 14 ข้อได้แก่ข้อที่ 3,4,7,8,10,14,18,20,25,26,28,30,33 และ 35 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิคเกิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 36 – 180 คะแนน ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการใช้วิธีการเผชิญความเครียด ดังนี้

ถ้าเลือก

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

**การแปลผลคะแนน** ทำได้ 2 วิธีคือ การคำนวณคะแนนจริง (Raw score) และการคำนวณคะแนนสัมพัทธ์(Relative score)

คะแนนจริง (Raw score)คือคะแนนรวมที่ได้จากคะแนนรายข้อคะแนนยิ่งมาก หมายถึงผู้ป่วยใช้การเผชิญปัญหาจากวิธีต่างๆมาก คะแนนรวมของการเผชิญปัญหาอยู่ระหว่าง 36-180 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับการใช้การเผชิญปัญหาดังนี้

ใช้การเผชิญความเครียดรายข้อน้อย	หมายถึงค่าคะแนน 36-84
ใช้การเผชิญความเครียดรายข้อปานกลาง	หมายถึงค่าคะแนน 85-132
ใช้การเผชิญความเครียดรายข้อมาก	หมายถึงค่าคะแนน 133-180

คะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) คือค่าที่ได้จากการคำนวณสัดส่วนของค่าเฉลี่ยการเผชิญปัญหาแต่ละด้านต่อผลรวมค่าเฉลี่ยการเผชิญปัญหาจากทุกด้าน คะแนนสัดส่วนใดมาก หมายถึงผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้านนั้นๆมากเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ ซึ่งคะแนนสัมพัทธ์คำนวณได้จากสูตรดังนี้

เมื่อ  $XR =$  ค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ของวิธีการเผชิญปัญหาในแต่ละด้าน

$MC =$  ค่าเฉลี่ยทางด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา

$ME =$  ค่าเฉลี่ยทางด้านการจัดการทางอารมณ์

$MP =$  ค่าเฉลี่ยทางด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม

$$XR = MP / (MC + ME + MP)$$

คะแนนสัมพัทธ์ในแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 0-1 โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับการใช้วิธีการเผชิญปัญหาในด้านนั้นๆดังนี้

ใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้านนั้นๆน้อย	หมายถึงค่าคะแนน 0.01-0.33
ใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้านนั้นๆปานกลาง	หมายถึงค่าคะแนน 0.34-0.67
ใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้านนั้นๆมาก	หมายถึงค่าคะแนน 0.68-1.00



**ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม** ซึ่งเป็นแบบประเมินที่แปลจาก The ENRICH Social Support Questionnaire ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตจะกุล (2549) มีข้อคำถาม 7 ข้อลักษณะคำถามจะเน้นถึงความรู้สึกของการได้รับความรัก และคุณค่าจากสังคมเพียงมิติเดียวเท่านั้น ข้อคำถามที่ 1-6 ค่าคะแนนเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนข้อคำถามข้อ 7 เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ไม่นำมาคิดคะแนน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ไม่มีเลย	หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆเลยในความรู้สึกของท่าน
มีบ้างเล็กน้อย	หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆบ้างเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆเป็นบางครั้ง
เกือบตลอดเวลา	หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆบ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้งที่
ตลอดเวลา	หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆทุกครั้งในความรู้สึกของท่าน

**การคิดคะแนน** เครื่องมือ The ENRICH Social Support Questionnaire การให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้

ตลอดเวลา	ให้	5	คะแนน
เกือบตลอดเวลา	ให้	4	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
เล็กน้อย	ให้	2	คะแนน
ไม่มีเลย	ให้	1	คะแนน

คะแนนรวมของแบบประเมินเท่ากับ 30

**การแปลผล** The ENRICH Social Support Questionnaire คะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยระดับคะแนน 1- 10 คะแนนหมายถึง ว่ามีการสนับสนุนทางสังคมน้อย ระดับคะแนน 11-20 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ระดับคะแนน 21-30 คะแนนหมายถึง ว่ามีการสนับสนุนทางสังคมมาก

**ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง** ผู้วิจัยสร้างตามกรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 3 ด้าน ดังนี้ 1) ขนาดหรือระดับการรับรู้ความสามารถตามความยากง่ายของพฤติกรรม 2) ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำ

พฤติกรรม และ 3) ระดับความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่น ๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่ ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 9 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

การตอบแบบสอบถามแบ่งเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นค่อนข้างมาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความประโยคนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบ

การให้คะแนนมีเกณฑ์ในการให้ค่าคะแนน ดังนี้

ความคิดเห็นในการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4
เห็นด้วย	3
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	1

**การแปลผล** มีเกณฑ์การคิดค่าคะแนน โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากแบบสอบถาม และแปลความหมายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.1 – 4 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.1 – 3 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1 – 2 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ

### ส่วนที่ 8 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยใช้ Quality of Life Index-Stroke Version ของ Ferrans and Powers (1996) ที่แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย สาลี เกลิมวรรณพงศ์ (2552) ซึ่งแบบประเมินมีทั้งหมด 36 ข้อ มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย 16 ข้อ 2) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 7 ข้อ 3) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 8 ข้อ และ 4) ด้านครอบครัว 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert scale 6 ระดับ มีการให้คะแนนเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของความพึงพอใจและส่วนของความสำคัญ

**การคิดคะแนน** นำวิธีการคิดคะแนนคุณภาพชีวิตที่ Ferrans and Powers (1996) ได้กำหนดไว้ตั้งแต่ฉบับดั้งเดิม โดยมีรายละเอียดของวิธีคิดคะแนน 3 ขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ ขั้นตอนที่หนึ่งนำค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ของมาตรวัดแต่ละข้อ (1-6 คะแนน) หรือค่ามัธยฐาน ซึ่งมีค่าเท่ากับ 3.5 มาลบออกจากคะแนนความพึงพอใจในแต่ละข้อ เพื่อให้คะแนนความพึงพอใจเข้าสู่ค่ากลาง ขั้นตอนที่สองคือนำคะแนนความพึงพอใจที่ได้จากขั้นตอนที่หนึ่งมาคูณกับคะแนนความสำคัญในข้อเดียวกัน และขั้นตอนที่สามนำผลรวมคะแนนในขั้นตอนที่สองทุกข้อ และนำมาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมดเป็นคะแนนรวม เพื่อป้องกันความลำเอียงเนื่องจากคะแนนที่หายไป (Missing scores) คะแนนที่เป็นไปได้จะอยู่ในช่วง -15 ถึง 15 จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาบวกด้วย 15 เพื่อให้คะแนนที่ได้มาค่าเป็นบวก ดังนั้นช่วงของคะแนนที่ควรจะเป็นทั้งหมดมีค่าอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน คะแนนยิ่งมากหมายถึงคุณภาพชีวิตยิ่งดี

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมดไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท 1 คน

พยาบาลเฉพาะทางด้านระบบประสาท 2 คน

อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 คน

2. จากนั้นนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้สมบูรณ์ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำเครื่องมือมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา ค่าที่ยอมรับได้ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit and Hunger, 2004) โดยมีสูตรคำนวณ ดังนี้คือ

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

กำหนดระดับความคิดเห็นมี 4 ระดับ คือ 1, 2, 3 และ 4 ในแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้ (Lynn, 1986)

1	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นไม่มีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์
2	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์น้อย

- จำเป็นต้องกลับไปทวน และปรับปรุง
- 3 หมายถึง ข้อคำถามนั้นค่อนข้างมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ แต่จำเป็นต้องกลับไปทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย
- 4 หมายถึง มีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์

3. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบประเมินที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้วและได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ว่าสามารถนำมาใช้ในการวิจัยได้ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบประเมินทั้งหมดมาทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่มีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์และใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลตำรวจจำนวน 30 คน ซึ่งไม่อยู่ในกลุ่มตัวอย่าง 132 คน และนำมาหาค่า Internal consistency โดยใช้สถิติ Cronbach's alpha reliability coefficient

ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ตารางแสดงค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงภายใน

แบบประเมิน	จำนวนข้อ	ค่าความตรง	ค่าความเที่ยง กลุ่มทดลอง (n=30)
1.แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย The Modified Barthel Activities Daily Living Index	10	0.87	0.98
2.แบบประเมินความเหนื่อยล้า Fatigue Severity Scale (FSS)	9	0.77	0.97
3.แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา Coping Strategies Questionnaire	36	1	0.91
4.แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม The ENRICH Social Support Questionnaire	7	0.81	0.83
5.แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	9	0.82	0.93
6.แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Quality of Life Index-Stroke Version	36	0.81	0.94

### การขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะแพทยบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา และนายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล และการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ก่อนการเก็บข้อมูลงานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจตามเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ จว.45/2559 และสถาบันประสาทวิทยาตามเอกสารอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ เลขที่ สธ 0310(13700)/1364

เมื่อการศึกษาครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลตำรวจ สถาบันประสาทวิทยา ผู้วิจัยปฏิบัติตามข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน ใช้หลักเคารพในเกียรติบุคคล (Respect for human dignity) โดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ที่สามารถจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และการให้การพยาบาล ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเอกสารยินยอม (Consent form) เข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ

ผู้วิจัยได้อธิบายว่าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่ร้ายแรงต่อผู้เข้าร่วมวิจัย แต่อาจทำให้เสียเวลาเพื่อใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที ผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยก่อนทุกครั้งว่าต้องการให้ผู้วิจัยอ่านข้อความให้ฟังหรือไม่ เนื่องจากจำนวนข้อความค่อนข้างมาก หากกลุ่มตัวอย่างต้องการอ่านด้วยตนเอง หากเกิดข้อสงสัยสามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และในระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยล้ามาก ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ผู้ป่วยสามารถหยุดพักได้ แต่หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัดใจ ไม่ประสงค์จะทำแบบสอบถามต่อ ก็สามารถยุติการทำแบบสอบถาม และหากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เช่น ปวดศีรษะ แน่นหน้าอกหรือมีอาการหายใจลำบาก เป็นต้น ผู้วิจัยจะรายงานพยาบาลประจำแผนกทราบทันที เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลรักษาต่อไป

## ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย/การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บเครื่องมือวิจัยด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

### ขั้นการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา และนายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และศึกษาประวัติกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน พร้อมทั้งติดต่อประสานงาน ขอดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของแต่ละโรงพยาบาล ได้แก่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์สถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลตำรวจ

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้วิจัยพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกสถาบันประสาทวิทยา ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมและอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก เพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขออนุญาตในการสำรวจรายชื่อและขอความร่วมมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

3.1 ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและรวบรวมรายชื่อผู้ป่วย

3.2 ศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้าก่อนหนึ่งวัน

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ในขณะที่ผู้ป่วยมารับการตรวจจากแพทย์ ที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา และห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับชื่อการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยระหว่างที่เข้าร่วมการวิจัยผู้ป่วยสามารถหยุดหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาตามรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

4.1 เมื่อผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai 2002) ผู้ป่วยที่สามารถผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4.2 ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดแบบประเมิน พร้อมอธิบายวิธีการในการตอบแบบประเมิน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบประเมิน 30-45 นาที หากผู้ป่วยต้องการเว้นช่วงหยุดพักขณะทำแบบประเมินก็สามารถทำได้ ผู้ป่วยสามารถหยุดหรือยุติการให้ข้อมูลและถอนตัวได้ตลอดเวลา และหากถึงเวลาผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและติดตามผลการรักษาจากแพทย์ ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาและติดตามผลการรักษาจากแพทย์ได้ทันที ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกเองโดยศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

4.3 ในระหว่างที่ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามแล้วมีข้อสงสัยผู้ป่วยสามารถซักถามผู้วิจัยเพิ่มเติมได้ และหากผู้ป่วยรู้สึกปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้หรืออาเจียน ถ้าพบว่ามีอาการดังกล่าว ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยร่วมวิจัยพักสักครู่หนึ่งจนกว่าอาการจะดีขึ้น หากผู้ป่วยร่วมวิจัยยินดีที่จะตอบแบบสอบถามต่อไป ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยร่วมวิจัยทำจนจบข้อความในแบบสอบถาม แต่หากผู้ป่วยร่วมวิจัยพักแล้วอาการไม่ดีขึ้นผู้วิจัยจะประสานแพทย์ เพื่อให้การรักษาพยาบาลต่อไป

4.4 เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามแต่ละฉบับด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป พร้อมกำกับแต่ละชุดแบบสอบถามด้วยรหัส และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะการทำงาน สถานะทางการเงินของครอบครัว และโรคประจำตัว โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ สภาวะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นตรงแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression) ด้วยวิธีการแบบการคัดเลือกแบบลำดับขั้น (Stepwise Selection)





## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 30-59 ปี ที่มาติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 5 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ดังแสดงตารางที่ 3-4

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ดังแสดงตารางที่ 5

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์สภาวะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ดังแสดงในตารางที่ 6-12

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ดังแสดงในตารางที่ 13

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกของปัจจัยที่ศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 14-16

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (n = 132)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	90	68.18
หญิง	42	31.82
<b>อายุ (ปี) (<math>\bar{X}</math> = 51.79 ปี, SD = 6.83)</b>		
30-39	11	6.82
40-49	30	22.73
50-59	93	70.45
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	3	2.27
ประถมศึกษา	26	19.70
มัธยมศึกษา	43	32.58
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	8	6.06
ปริญญาตรี	43	32.58
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	9	6.81
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	104	78.78
โสด	14	10.61
แยกกันอยู่/หม้าย/หย่าร้าง	14	10.61

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	37	28.03
ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว	25	18.94
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24	18.18
รับจ้าง	21	15.91
ข้าราชการบำนาญ	20	15.15
เกษตรกร	2	1.52
อื่นๆ	2	1.52
นักธุรกิจ	1	0.75
<b>รายได้ (บาท)</b>		
น้อยกว่า 2,000	1	0.75
2,001 - 4,000	5	3.79
4,001 - 6,000	0	0.00
6,001 - 8,000	5	3.79
8,001 - 10,000	8	6.06
มากกว่า 10,000	113	85.61
<b>ความพอเพียงของรายได้</b>		
เพียงพอ	116	87.88
ไม่เพียงพอ	16	12.12
<b>สิทธิการรักษา</b>		
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	82	62.12
บัตรสุขภาพถ้วนหน้า	18	13.64
เสียค่าใช้จ่ายเอง	15	11.36
อื่นๆ(ประกันสังคม)	15	11.36
การช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์	2	1.52

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	129	97.73
คริสต์	2	1.52
อิสลาม	1	0.75

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.45 รองลงมา มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.3 เป็นเพศชายถึงร้อยละ 68.18 เพศหญิงร้อยละ 31.82 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 78.79 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรีเท่ากันคือร้อยละ 32.58 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.73 เป็นข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจร้อยละ 28.03 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาทร้อยละ 85.61 และเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ร้อยละ 62.12

**ตารางที่ 4** จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำแนกตามชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ซีกของการเกิดอัมพาต และการวินิจฉัยโรคร่วม (n = 132)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง</b>		
สมองขาดเลือด	97	73.49
เลือดออกในสมอง	35	26.51
<b>ซีกของการเกิดอัมพาต</b>		
ไม่มี	36	27.27
ซีกซ้าย	48	36.36
ซีกขวา	38	28.79
ทั้ง 2 ซีก	10	7.58
<b>การวินิจฉัยโรคร่วม*</b>		
โรคความดันโลหิตสูง	65	49.24
โรคไขมันในเลือดสูง	51	38.64
โรคเบาหวาน	37	28.03
โรคหัวใจ	20	15.15
อื่นๆ	3	2.27

\*ผู้ป่วย 1 รายอาจมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเกือบสามในสี่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดร้อยละ 73.49 พบซีกของการเกิดอัมพาตเป็นซีกซ้ายร้อยละ 36.36 รองลงมาเกิดอัมพาตเป็นซีกขวาร้อยละ 28.79 และเมื่อพิจารณาการวินิจฉัยโรคร่วมพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 49.24 รองลงมาโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 38.64

## ตอนที่ 2 ข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก รายด้านและโดยรวม (n=132)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ)	Range	$\bar{X}$	SD
สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย	9.38-30	23.37	4.72
สังคมและเศรษฐกิจ	12.00-30	23.53	4.47
จิตใจและจิตวิญญาณ	11.64-30	25.03	4.59
ครอบครัว	12.00-30	25.12	5.35
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	12.00-30	23.97	4.28

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.97 (SD = 4.28) เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 4 องค์ประกอบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.37, 23.53, 25.03 และ 25.12 (SD = 4.72, 4.47, 4.59 และ 5.35) ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสถานะการทำหน้าที่ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (n=132)

สถานะด้านการทำหน้าที่	Range	$\bar{X}$	SD
การเคลื่อนย้าย	0-15	13.90	2.84
การเคลื่อนที่ หรือการใช้รถเข็นนั่ง	0-15	13.87	2.71
การควบคุมการปัสสาวะ	0-10	9.80	1.30
การควบคุมการถ่ายอุจจาระ	0-10	9.73	1.43
การกินอาหาร	2-10	9.67	1.46
การใช้ห้องน้ำ	0-10	9.48	1.82
การใส่เสื้อผ้า	2-10	9.46	1.57
การขึ้นลงบันได	0-10	9.20	2.09
การอาบน้ำ	0-5	4.73	0.77
การดูแลสุขลักษณะส่วนตัว	0-5	4.67	0.91
คะแนนรวมสถานะด้านการทำหน้าที่	4-100	94.53	15.73

จากตารางที่ 6 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าสถานะการทำหน้าที่ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในการเคลื่อนย้ายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 13.90 (SD=2.84) รองลงมาคือการใช้รถเข็นนั่งหรือการใช้รถเข็นนั่งมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 13.87 (SD=2.71) เมื่อพิจารณาคะแนนรวมสถานะด้านการทำหน้าที่โดยรวมพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 94.53 (SD=15.73) มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย (minimal dependency)

**ตารางที่ 7** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (n=132)

ความเหนื่อยล้า	Range	$\bar{X}$	SD
ความเหนื่อยล้ามีผลกระทบต่อการทำหน้าที่และความรับผิดชอบในงานบางประการ	1-7	3.91	2.11
แรงจูงใจของฉันลดลงเมื่อมีความเหนื่อยล้า	1-7	3.79	2.09
ความเหนื่อยล้าเป็นหนึ่งในสามอาการสำคัญที่ทำให้ฉันทำสิ่งต่างๆได้ลดลง	1-7	3.78	1.91
ความเหนื่อยล้าเป็นอุปสรรคในการคงไว้ซึ่งสมรรถนะทางกาย	1-7	3.77	2.02
ออกกำลังกายทำให้ฉันเหนื่อยล้า	1-7	3.72	2.11
ความเหนื่อยล้ารบกวนสมรรถภาพทางกายของฉัน	1-7	3.72	2.01
ความเหนื่อยล้ามีผลกระทบต่อการทำงาน	1-7	3.68	1.90
การใช้ชีวิตครอบครัวหรือการใช้ชีวิตในสังคมของฉัน			
ความเหนื่อยล้าสร้างปัญหาให้ฉันบ่อยๆ	1-7	3.66	1.97
รู้สึกเหนื่อยล้าได้ง่าย	1-7	3.61	1.86
คะแนนรวมความเหนื่อยล้า	9-63	33.64	15.73

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนรวมความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 9-63 คะแนน คะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 33.64 คะแนน (SD = 15.73) โดยเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีความเหนื่อยล้ามากที่สุดในข้อความเหนื่อยล้ามีผลกระทบต่อการทำหน้าที่และความรับผิดชอบในงานบางประการ ( $\bar{X} = 3.91$ , SD = 2.11) รองลงมาคือ แรงจูงใจของฉันลดลงเมื่อมีความเหนื่อยล้า ( $\bar{X} = 3.79$ , SD = 2.09) และน้อยที่สุดในข้อที่รู้สึกเหนื่อยล้าได้ง่าย ( $\bar{X} = 3.61$ , SD = 1.86)



**ตารางที่ 8** จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่มีความเหนื่อยล้า (n = 132)

ความเหนื่อยล้า	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่มีความเหนื่อยล้า	63	47.73
มีความเหนื่อยล้า	69	52.27

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีความเหนื่อยล้าร้อยละ 52.27 ไม่มีความเหนื่อยล้าร้อยละ 47.73

**ตารางที่ 9** จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำแนกตามอาการปวด (n = 132)

อาการปวด	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
<b>อาการปวด</b>				
ไม่มีอาการปวด	78	59.09	-	-
มีอาการปวด*	54	40.91	2.32	1.73
- ปวดศีรษะ	28	21.21	3.61	1.40
- ปวดจากอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ	23	17.42	4.96	1.67
- ปวดไหล่	19	14.39	4.21	1.40
- ปวดตำแหน่งอื่น(ปวดหลัง,ปวดขา)	2	1.52	4.00	0.00

\*ผู้ป่วย 1 รายอาจมีอาการปวดได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมากกว่าครึ่งไม่มีอาการปวดร้อยละ 59.09 พบว่าร้อยละ 40.91 มีอาการปวด โดยมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดเท่ากับ 2.32 คะแนน พบเกือบหนึ่งในสี่มีอาการปวดศีรษะมากที่สุดร้อยละ 21.21 รองลงมาคือปวดจากอาการเกร็งของกล้ามเนื้อร้อยละ 17.42

**ตารางที่ 10** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (n=132)

ตัวแปรที่ศึกษา	Range	$\bar{X}$	SD
การจัดการด้านอารมณ์	2.22-5.00	3.86	0.61
การบรรเทาความเครียด	1.93-4.71	3.35	0.59
การเผชิญหน้ากับปัญหา	1.00-4.62	3.31	0.84
<b>คะแนนรวมการเผชิญปัญหา</b>		127.71	19.62

ตารางที่ 10 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกโดยรวมใช้วิธีการต่างๆในการเผชิญปัญหา เมื่อมาพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจัดการด้านอารมณ์มากที่สุด ( $\bar{X} = 3.86$ ,  $SD = 0.61$ ) รองลงมาคือ ใช้วิธีการบรรเทาความเครียด ( $\bar{X} = 3.35$ ,  $SD = 0.59$ ) และการเผชิญหน้ากับปัญหา ( $\bar{X} = 3.31$ ,  $SD = 0.84$ ) ตามลำดับ

**ตารางที่ 11** คะแนนสัมพัทธ์ของวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (n=132)

การเผชิญปัญหา	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การจัดการด้านอารมณ์	0.37	0.06	ปานกลาง
การบรรเทาความเครียด	0.32	0.03	น้อย
การเผชิญหน้ากับปัญหา	0.31	0.05	น้อย

ตารางที่ 11 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการจัดการด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนสัมพัทธ์เท่ากับ 0.37 ( $SD = 0.06$ ) ใช้วิธีการบรรเทาความเครียดอยู่ในระดับน้อย ค่าคะแนนสัมพัทธ์เท่ากับ 0.32 ( $SD = 0.03$ ) และใช้วิธีการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับน้อย ค่าคะแนนสัมพัทธ์เท่ากับ 0.31 ( $SD = 0.05$ )

**ตารางที่ 12** คะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (n=132)

ตัวแปร	Range	$\bar{X}$	SD
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	6-30	24.89	4.62
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	9-36	31.34	5.29

ตารางที่ 12 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกโดยรวมได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.89 (SD=4.62) และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 31.34 (SD=5.29)

**ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก**

**ตารางที่ 13** ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (n = 132)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1.สภาวะด้านการทำหน้าที่	1.00						
2.ความเหนื่อยล้า	-.199 <sup>*</sup>	1.00					
3.อาการปวด	-.014	.203 <sup>*</sup>	1.00				
4.การเผชิญปัญหา	.291 <sup>**</sup>	-.352 <sup>**</sup>	-.0161	1.00			
5.การสนับสนุนทางสังคม	-.021	-.0152	-.028	.219 <sup>*</sup>	1.00		
6.การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.252 <sup>**</sup>	-.344 <sup>**</sup>	-.0102	.256 <sup>**</sup>	.519 <sup>**</sup>	1.00	
7.คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	.194 <sup>*</sup>	-.308 <sup>**</sup>	-.303 <sup>**</sup>	.515 <sup>**</sup>	.485 <sup>**</sup>	.510 <sup>**</sup>	1.00

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

ตารางที่ 13 พบว่า สภาวะด้านการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระดับเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = .194$ ,  $p < .05$ ) และ ความเหนื่อยล้า อาการปวด มีความสัมพันธ์กับทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = .308$  และ  $.303$  ตามลำดับ,  $p < .01$ ) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = .485$ ,  $p < .01$ ) ส่วนการเผชิญปัญหาและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = .515$  และ  $.510$  ตามลำดับ,  $p < .01$ )



### ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

จากการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นตรงแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression) ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบลำดับขั้น (Stepwise) ที่ใช้ตัวแปรต้นคือ สภาวะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และตัวแปรตามคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก พบว่า มีการคัดเลือกตัวแปร สภาวะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ออกจากการวิเคราะห์ เนื่องจากไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ทำให้คงเหลือตัวแปรต้นที่สามารถนำไปวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นตรงแบบพหุคูณ คือ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และอาการปวด

**ตารางที่ 14** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ( $R^2$ ) และค่าทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การทำนายที่เพิ่มขึ้น ( $R^2$  change) ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยใช้วิธีแบบขั้นตอน (Stepwise) ( $n=132$ )

ลำดับขั้น / ตัวแปรทำนาย	R	$R^2$	Adjusted $R^2$	$R^2$ change	F	p-value
1. การสนับสนุนทางสังคม	0.498	0.248	0.242	0.248	42.834	0.000
2. การสนับสนุนทางสังคม, การเผชิญปัญหา	0.610	0.373	0.363	0.125	25.644	0.000
3. การสนับสนุนทางสังคม, การเผชิญปัญหา, อาการปวด	0.630	0.397	0.383	0.025	5.294	0.023

**ตารางที่ 15** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และอาการปวด ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

ตัวแปรทำนาย	B	S.E <sub>b</sub>	Beta	t	p-value
(Constant)	56.815	15.917		3.569	.001
การสนับสนุนทางสังคม	2.711	0.442	0.429	6.137	.000
การเผชิญปัญหา	0.490	0.106	0.329	4.624	.000
อาการปวด	-2.027	0.881	-0.161	-2.301	.023

R = .630    R<sup>2</sup> = .397    Adjust R<sup>2</sup> = .383    F = 28.147

**ตารางที่ 16** ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และอาการปวด กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (n=132)

ตัวแปรทำนาย	B	Beta	t	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change	F	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	2.711	.429	6.137*	.630	.397	.025	28.147	.023
การเผชิญปัญหา	.490	.329	4.624*					
อาการปวด	-2.027	-.161	-2.301*					

Constant = 56.815, S.E. = 15.917, t = 3.569, Adjust R<sup>2</sup> = .383, p < .01

\* p < .05

จากตารางที่ 14, 15 และ 16 เมื่อพิจารณาจากค่า R<sub>การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา อาการปวด</sub> พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพหุคูณ (multiple correlation) จากผลการวิจัยเท่ากับ .630 แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และอาการปวด กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ R<sup>2</sup><sub>การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา อาการปวด</sub> พบว่า มีค่าเท่ากับ .397 แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และอาการปวด ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้ร้อยละ 39.7 ซึ่ง R<sup>2</sup> change ของการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และอาการปวด สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเพิ่มขึ้นจากเดิมเมื่อเทียบกับ 0 ได้ร้อยละ 2.5 เมื่อพิจารณาค่า Adjusted R<sup>2</sup> มีค่าเท่ากับ .383 ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และ

อาการปวด จึงเป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้ร้อยละ 38.3 สามารถนำค่า B และค่า Beta จากตาราง 14 มาสร้างเป็นสมการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้ ดังนี้

### สมการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

$$Y_{\text{คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ}} = 56.815 + 2.711(\text{การสนับสนุนทางสังคม}) + 0.490(\text{การเผชิญปัญหา}) - 2.027(\text{อาการปวด})$$

### สมการมาตรฐานทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

$$Z_{\text{คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ}} = 0.429(Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}}) + 0.329(Z_{\text{การเผชิญปัญหา}}) - 0.161(Z_{\text{อาการปวด}})$$

จากสมการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกแสดงให้เห็นว่า เมื่อการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเพิ่มขึ้น 2.711 คะแนน, เมื่อการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเพิ่มขึ้น 0.490 คะแนน, และเมื่ออาการปวดเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกลดลง 2.027 คะแนน ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และอาการปวด จึงเป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างสภาวะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้ คือ

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกจากปัจจัยดังต่อไปนี้ สภาวะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 30-59 ปี ที่มาติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตำรวจ และสถาบันประสาทวิทยา เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 เลือกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike ขนาดตัวอย่างเท่ากับ  $10(7) + 50 = 120$  คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลอีกร้อยละ 10 รวมทั้งสิ้น 132 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

- 1). ระดับคะแนนกลาสโกว์ (Glasgow coma Scale: GCS) ที่มากกว่า 10 ขึ้นไป
- 2). สื่อสารด้วยภาษาไทยและสามารถอ่านหรือฟังภาษาไทยได้
- 3). ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
- 4). ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก
- 5). ผ่านการประเมินด้านความรู้ความเข้าใจ (cognition) ด้วยแบบประเมิน Mini Mental Status Exam-Thai 2002 (MMSE-Thai 2002) โดยกรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน กรณีที่เรียนจบประถมศึกษาได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน และกรณีที่เรียนจบสูงกว่าประถมศึกษา ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน จึงจะนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามมี 2 ส่วนหลัก ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai 2002) และส่วนที่ 2 แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำ



หน้าที่ด้านร่างกาย ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการปวด ส่วนที่ 5 แบบประเมินการเผชิญปัญหา ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 7 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และส่วนที่ 8 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน หาค่าความเที่ยงแบบประเมินด้วยการนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .98, .97, .57, .91, .83, .93 และ .97 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา สถานะทางการเงินของครอบครัว ชีพของการเกิดอัมพาต และโรคประจำตัว วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. สภาวะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)

4. วิเคราะห์อำนาจในการทำนายปัจจัย ได้แก่ สภาวะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นตรงแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression) ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบลำดับขั้น (Stepwise Multiple Regression)

## สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยสภาวะการทำหน้าที่ อากาศเหนื่อยล้า อากาศปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 132 คน พบว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ( $\bar{X} = 51.79$  ปี,  $SD = 6.83$ ) คิดเป็นร้อยละ 70.45 และเป็นเพศชายถึงร้อยละ 68.18 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 78.79 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 32.58 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 97.73 เป็นข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจร้อยละ 28.03 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาทร้อยละ 85.61 และเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ร้อยละ 62.12 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดร้อยละ 73.48 พบซีกของการเกิดอัมพาตเป็นซีกซ้ายร้อยละ 36.36 และการวินิจฉัยโรคร่วมพบว่ามีโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 49.24 รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 38.64

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.97 ( $SD = 4.28$ ) เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 4 องค์ประกอบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.37, 23.53, 25.03 และ 25.12 ( $SD=4.72, 4.47, 4.59$  และ  $5.35$ ) ตามลำดับ สภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในการเคลื่อนย้ายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 13.90 ( $SD=2.84$ ) รองลงมาคือการเคลื่อนที่ หรือการใช้รถเข็นนั่งมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 13.87 ( $SD=2.71$ ) ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.64 คะแนน ( $SD=15.73$ ) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกไม่มีอาการปวดร้อยละ 59.09 มีอาการปวดร้อยละ 40.91 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดเท่ากับ 4.22 คะแนน พบมีอาการปวดศีรษะมากที่สุดร้อยละ 51.9 รองลงมาคือปวดจากอาการเกร็งของกล้ามเนื้อร้อยละ 42.6 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยรวมใช้วิธีการต่างๆในการเผชิญปัญหา เมื่อมาพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจัดการด้านอารมณ์มากที่สุด ( $\bar{X} = 3.86, SD=0.61$ ) รองลงมาคือ ใช้วิธีการบรรเทาความเครียด ( $\bar{X} = 3.35, SD=0.59$ ) และการเผชิญหน้ากับปัญหา ( $\bar{X} = 3.31, SD=0.84$ ) ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยรวมเท่ากับ 0.33 ( $SD= .00$ ) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยรวมได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.89 ( $SD=4.62$ ) และพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 31.34 ( $SD=5.29$ )

3. สภาวะด้านการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระดับเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และความเหนื่อยล้าอาการปวด มีความสัมพันธ์กับทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ส่วนการเผชิญปัญหาและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ตามลำดับ

4. ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นตรงแบบพหุคูณแบบขั้นตอน ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก พบว่าตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และอาการปวด สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 39.7 ซึ่งสร้างสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\text{คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ} = 0.429 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) + 0.329 (\text{การเผชิญปัญหา}) - 0.161 (\text{อาการปวด})$$

### อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

#### วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 23.97$ ,  $SD = 4.28$ ) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัยผู้ใหญ่มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.79 ปี ซึ่งเป็นวัยกลางคน (40-60 ปี) มีความเสื่อมตามวัยไม่มากนัก สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็ว ทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้ดีในการทำกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีจะเกี่ยวข้องกับความความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าหากมีการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ ความบกพร่องทางกายหรือความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

นอกจากนี้จากผลการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 78.79 ยังอาศัยอยู่กับคู่สมรสและเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายผู้ดูแลจึงเป็นภรรยาร้อยละ 42.7 อีกทั้งยังมีบุตรหลานคอยดูแลให้กำลังใจขณะเจ็บป่วย คอยสนับสนุนส่งเสริม แสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนจากครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Bays (2001) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม

ที่ตีส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฟื้นฟูจากภาวะความเจ็บป่วย ทำให้มีกำลังใจและสามารถจัดการกับอาการป่วยที่เกิดขึ้นได้ มีสภาวะทางอารมณ์เชิงลบดีขึ้น ผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่ง สามารถปรับทุกข์ มีความพึงพอใจในชีวิต จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวที่สูงที่สุด ( $\bar{X} = 25.12$ ,  $SD = 5.06$ ) รองลงมาคือองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ( $\bar{X} = 25.03$ ,  $SD = 4.59$ ) และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ( $\bar{X} = 25.12$ ,  $SD = 5.06$ ) จากกลุ่มตัวอย่างเกือบสองในสาม คิดเป็นร้อยละ 63.6 เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอยู่ในระดับดี King (1996) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากป่วย 1-3 ปี โดยศึกษาจากผู้ป่วยจำนวน 86 คน เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต คือ Ferrans & Power Quality of Life Index – Stroke Version (1996) ผลการศึกษาพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยต่ำกว่าคนปกติ คะแนนคุณภาพชีวิตสูงในด้านครอบครัว และคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำสุดด้านการทำงานของร่างกาย ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต คือ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม สภาพการทำงานของร่างกาย ส่วนปัจจัยด้าน อายุ โรคหัวใจ ฐานะทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจฐานะ

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกจากปัจจัยดังต่อไปนี้ สภาวะการทำหน้าที่ อากาศเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน**

จากผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นตรงแบบพหุคูณแบบขั้นตอน ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก พบว่าตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และอาการปวด สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้ร้อยละ 39.7 ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

อาการปวด สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้ อธิบายได้ว่าการเจ็บป่วยมีผลทำให้เกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งแสดงออกหลายลักษณะ ได้แก่ Shoulder pain และ Central post stroke pain ถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการปวดและมีความรุนแรงมาก มีแนวโน้มทำให้มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ทางสังคมและทำให้การปฏิบัติกิจกรรมได้ลดลง จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ของความปวดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าความปวดมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Wider et al, 2004; Lindgren et al, 2007) และยิ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแสงแก้ว ราชภักดี (2550) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบติดตามไปข้างหน้า 3 เดือน ที่เป็นโรคหลอดเลือด

เลือดสมองครั้งแรก ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเผชิญปัญหา ในการศึกษาคั้งนี้การเผชิญปัญหาสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้ อธิบายได้ว่าการเผชิญปัญหาเป็นปัจจัยเฉพาะบุคคลโดยประสบการณ์และความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นตัวแปรที่ทำให้การตอบสนองต่อปัญหาของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน และจากพยาธิสภาพ ความพิการที่เหลืออยู่ ไม่สามารถกลับไปทำงานหรือใช้ชีวิตได้เหมือนปกติ เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกต้องเผชิญกับความเครียด ปัญหา หรือเหตุการณ์ต่างๆที่ทำให้เกิดความเครียด และผู้ป่วยสามารถตอบสนองต่อปัญหานั้นๆได้ ใช้วิธีเผชิญความเครียดต่างๆเพื่อแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม จะทำให้สามารถกลับไปทำงานหรือใช้ชีวิตได้เหมือนปกติ พึงพาอาศัยผู้อื่นน้อย รู้สึกว่าตนเองไม่เป็นภาระ ทำให้ไม่รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทางที่ดี (Darlington et al, 2007) และพบว่าการเผชิญความเครียดโดยมุ่งจัดการด้านอารมณ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจัดการด้านอารมณ์มากที่สุด

การสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาคั้งนี้การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้ กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมที่ดีเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ภายนอกตัวบุคคลที่ช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแปลความหมายของเหตุการณ์ ช่วยให้บุคคลทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น คุณภาพและปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับมีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นฟูจากภาวะความเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง รับรู้ว่าคุณเองได้รับการสนับสนุนจากสังคม สิ่งแวดล้อม และบุคคลที่ดี จะทำให้บุคคลมีกำลังใจ ต่อสู้ปัญหาของแต่ละบุคคลดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ให้การช่วยเหลือ หรือเป็นความปรารถนาที่จะได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด และสามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ในผู้ป่วยการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้มีความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้น อาการของโรคทุเลาลง และมีสภาวะอารมณ์เชิงลบดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่ง สามารถปรับทุกข์ มีความพึงพอใจในชีวิต (Bays, 2001) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกโดยรวมได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ King (1996) Robinson-Smith และคณะ (2000) การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

### ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ สภาวะการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

สภาวะการทำหน้าที่ ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้ อาจเนื่องมาจากในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เมื่อพิจารณาคะแนนรวมสภาวะด้านการทำหน้าที่โดยรวมพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย (Minimal dependency) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่เป็นภาระพึ่งพิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแสงแก้ว ราชภักดี (2550) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบติดตามไปข้างหน้า 3 เดือน ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย แต่ถ้าพบความสามารถในการทำหน้าที่ในหลายๆด้านบกพร่อง รวมถึงความบกพร่องทางกายหรือความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันโดยตรง ความบกพร่องทางด้านร่างกาย กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นอัมพาต ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ มีความพร่องในการสื่อสาร เช่น การใช้และเข้าใจภาษา การแปลความหมายของสิ่งที่มองเห็นและได้ยิน จับใจความสำคัญไม่ได้ เนื่องจากมีความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการสร้างคำพูดต่างๆออกมา ทำให้เกิดความผิดปกติของการพูด เช่น การพูดมีเสียงแหบ พูดไม่ออก มีความผิดปกติในการสร้างคำพูดและสื่อความหมาย สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด อึดอัด จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น มีผลต่อความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ส่งผลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Ahlsio et al, 2014)

ความเหนื่อยล้า ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้ อาจเนื่องมาจากไม่มีความเหนื่อยล้า มีช่วงอยู่ระหว่าง 9-63 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.64 คะแนน (SD=15.73) โดยเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีความเหนื่อยล้ามากที่สุดในข้อความเหนื่อยล้ามีผลกระทบต่อการทำหน้าที่และความรับผิดชอบในงานบางประการ ( $\bar{X}=3.91$ ,  $SD=2.11$ ) รองลงมาคือ แรงจูงใจของฉันทลดลงเมื่อมีความเหนื่อยล้า ( $\bar{X}=3.79$ ,  $SD=2.09$ ) และน้อยที่สุดในข้อที่รู้สึกเหนื่อยล้าได้ง่าย ( $\bar{X}=3.61$ ,  $SD=1.86$ ) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกไม่มีความเหนื่อยล้า เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าทุกข้อคำถามไม่มีความเหนื่อยล้า ( $\bar{X} < 4$ ) ความเหนื่อยล้าอาจจะมาจากสาเหตุอื่นๆ และถึงแม้ว่าจะมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น แต่ตัวผู้ป่วยเองก็รับรู้ว่าอาจยังไม่เป็นปัญหาสำหรับตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจมีการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่ดี ทำให้ความเหนื่อยล้าไม่สร้างปัญหาแก่ตัวผู้ป่วย แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นเป็นประจำเกือบทุกวัน โดยเมื่อสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลา 1 เดือน ร้อยละ 48.2 รายงานว่าอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้น 20-29 วันต่อเดือน ข้อมูลดังกล่าวทำให้ความเหนื่อยล้า

เป็นอาการแสดงที่ก่อให้เกิดปัญหาและรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในทุกมิติ (Tang et al., 2010; van de Port et al., 2007) ความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบอุบัติการณ์ร้อยละ 38–77 ความเหนื่อยล้าเป็นอยู่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เกิดอาการของโรคจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน โดยพบว่า 10 วันหลังเกิดอาการของโรค พบอุบัติการณ์ความเหนื่อยล้าร้อยละ 59 และ 1 เดือนพบอุบัติการณ์ความเหนื่อยล้าร้อยละ 70 และ 3 ปีหลังเกิดอาการพบอุบัติการณ์ร้อยละ 58 ความเหนื่อยล้าหลังโรคหลอดเลือดสมองเป็นพยาธิสภาพคงอยู่เป็นระยะเวลานาน ไม่สัมพันธ์กับการออกกำลังกาย ไม่ทราบสาเหตุการเกิดที่แน่ชัด แต่อย่างไรก็ตามความเหนื่อยล้าส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง และมีรายงานการศึกษาของ Lovely, Miaskowski and Dodd. (1999) พบว่าอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย (Minimal dependency) ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่เป็นภาระพึ่งพิงจึงมีอาการเหนื่อยล้าน้อย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 31.34 (SD=5.29) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดีเป็นปัจจัยเฉพาะบุคคล กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้เกี่ยวกับความมั่นใจในความสามารถในการดูแลตนเอง มีการรับรู้ในทักษะและศักยภาพของตน มีความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตในระดับดี จะเป็นแรงจูงใจ ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีพฤติกรรมสุขภาพและปฏิบัติตามเป้าหมาย เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกทางบวกทำให้เกิดความมั่นใจ และสามารถจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองดีขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี โดยใส่ใจดูแลสุขภาพ และสนใจในการออกกำลังกายหรือทำกายภาพบำบัดมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยออกแรงทำกิจกรรมต่างๆได้ดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Robinson-Smith et al., 2000) และการศึกษาของลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

## ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โรงพยาบาลของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น ผลการวิจัยจึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดได้
2. ข้อคำถามในเรื่องคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพบางข้ออาจไม่เหมาะสม เช่น ความพึงพอใจหรือให้ความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องเพศ อาจได้คำตอบที่เบี่ยงเบนจากความเป็นจริง บางคำถามยากที่จะตอบ เช่น คำถามเรื่องการไม่มีงานทำ ความพึงพอใจในคู่สมรส เป็นต้น
3. ผลการวิเคราะห์การแจกแจงของความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการทำนายตัวแปรตาม โดยใช้สถิติ Kolmogorov - Smirnov Test พบว่าความเหนียวล้าและการเผชิญปัญหา มีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถดถอยเชิงเส้นตรงแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมให้พยาบาลมีบทบาทในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังต่อไปนี้

1. พยาบาลควรชี้แนะ ให้คำแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกและญาติรับรู้ถึงประโยชน์ของการฟื้นฟูสภาพร่างกายเมื่อพร้อมโดยเร็ว เพราะพยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี ด้วยการให้ความรู้ กระตุ้น ชี้ให้เห็นประโยชน์และข้อดีในการทำกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพในรายที่พยาบาลสามารถให้คำแนะนำและคำปรึกษาได้ หรือทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองเพื่อลดภาระการดูแลจากญาติหรือผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมีความพึงพอใจและทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. เนื่องจากพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงควรจัดให้มีโครงการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเอง การเผชิญปัญหาต่างๆหลังจากออกจากโรงพยาบาล และเพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติในเรื่องแหล่งประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคมและความช่วยเหลืออื่นๆ หากผู้ป่วยและญาติต้องการ การส่งต่อการดูแลผู้ป่วยไปยังแหล่ง



ประโยชน์ใกล้บ้าน อาทิ สถานเอนามัย ศูนย์สาธารณสุขต่างๆในกรุงเทพมหานคร หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจ ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง สามารถเผชิญปัญหาได้ ทำให้รู้สึกมีที่พึ่งพิง ขอคำปรึกษาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง หรือศึกษาในเขตอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลชุมชนที่มีความแตกต่างในหลายๆบริบท สภาพแวดล้อม ชีวิตความเป็นอยู่ รายได้ของครอบครัว อาชีพ อาจทำให้ได้ข้อมูลที่แตกต่างออกไป

2. จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาและอาการปวดซึ่งสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้ร้อยละ 38.3 โดยมีตัวแปรที่ไม่ได้เข้าสมการทำนาย คือ สภาวะการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเช่นกัน จึงอาจส่งผลไม่ทางใดก็ทางหนึ่งต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ผู้วิจัยขอเสนอให้ศึกษาเพิ่มเติม และควรทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกด้วย

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เช่น ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่มีปัญหาในการสื่อสาร

## รายการอ้างอิง

- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. (2547). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : การฟื้นฟูสมรรถภาพ*. กรุงเทพฯ : งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กทม: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น. พี. เพรส
- ชนิษฐา รักษาเคน. (2556). *คุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดอาการ 6 เดือนแรก โรงพยาบาลมหาสารคาม*. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม* 9 (ฉบับพิเศษ), 164-171.
- จันทนา หล่อตจะกุล. (2549). *การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไทยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด*. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโท* สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). *โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางการแพทย์*.  
ขอนแก่น : ศิริรักษ์ออฟเซ็ท.
- เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์. (2544). *ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโท* สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์. (2542). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูบูรณาการ: รามาริบัติ*. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิตญา ฤทธิ์เพชร. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ*. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโท* สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา สุทธยากร. (2531). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและการเผชิญปัญหา กับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ*. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโท* สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิตยา สออารีย์. (2546). *คุณภาพชีวิตและผลกระทบจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 17(1) : 45-61.

- นุจรี ประทีปะวณิชจอห์น. (2552). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ : การประเมินและการนำไปใช้*.  
 ขอนแก่น: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุษกร โลหารขุน, ปานจิต วรรณภีระ, จินตนา ปาลิวนิช, และ กัญญารัตน์ คำจูน. (2551). ความ  
 น่าเชื่อถือของการประเมินผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบประเมิน  
 Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย. *พุทธชินราชเวชสาร*, 25(3), 842-851.
- บรรณทวรรณ หิรัญเคราะห์. (2549). *ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค  
 หลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต  
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประมุข ทรวงจักรแก้ว, และพัชรวิมล คุปต์นิรัตศัยกุล. (2542). ใน ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์  
 แพทย์ (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ฟื้นฟูบูรณาการ: รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการ  
 พิมพ์.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*.  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิต  
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยะภัทร พัทธาวิวัฒน์พงษ์. (2547). *คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โอลิสติก พับลิช  
 ซิ่ง.
- พชนี นัครา. (2542). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
 สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรวิมล คุปต์นิรัตศัยกุล. (2545). *คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โอลิสติก พับลิช  
 ซิ่ง.
- เพียงใจ ดาโลปการ. (2545). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี  
 บำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พาริตา อิบราฮิม. (2539). *ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล*. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณฑา ลิ้มทองกุล. (2535). *ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน และวิธีการเผชิญกับปัญหา ขณะรอ  
 ฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อในผู้ที่มีก้อนบริเวณเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาวิชา  
 พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งทิพย์ เบ้าตุน. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ  
 การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ*

- ตวย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งนภา เตชะกิจโกศล. (2552). *ความเครียดและการเชื้อมความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลศิริราช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสังคม  
และการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. (2532). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทาง  
สังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาวิชา  
พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วนิดา ไวกิตติพงษ์. (2546). *ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตอ่อนล่าง*.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วสุธร ตัณวัฒน์กุล. (2544). *สุขภาพกับคุณภาพชีวิต: เส้นทางที่ต้องร่วมกันพัฒนา (พิมพ์ครั้งที่ 3)*.  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วีรภัทรา ประภาพักตร์. (2554). *ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพ  
ชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *จำนวนและอัตราการตายด้วยโรค  
หลอดเลือดสมองใหญ่ ปี พ.ศ. 2557-2558 ต่อแสนประชากร*. กรุงเทพฯ. กระทรวง  
สาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคไม่  
ติดต่อและการบาดเจ็บ ประจำปีปฏิทิน พ.ศ. 2558*. เข้าถึงได้จาก  
<http://thaincd.com/informationstatistic/non-communicable-disease-data.php>
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน  
(Clinical Guidance for Acute Pain Management)*. ฉบับที่ 1; พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ:  
สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย
- สายนาท พลไชโย. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาต  
ครึ่งซีกในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สาตี เถลิฆวรรณพงศ์. (2552). *ผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการทำ  
หน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สาวิตรี จิวังกูร และสงวนสิน รัตนเลิศ. (2529). ปัญหาทางจิตใจและสังคมในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 31(3) : 118-130.
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2557). รายงานฉบับสมบูรณ์ การศึกษาความแตกต่างระหว่างสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของบริการโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์: การศึกษาเชิงปริมาณ. กรุงเทพฯ. กระทรวงสาธารณสุข.
- สุภาพ อารีเอื้อ. (2540). ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แสงแก้ว ราชภักดี. (2550). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า 3 เดือน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภันตรี บัวเหลือง. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาภรณ์ รัตนวิจิตร. (2541). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา* 6(3) : 10-20.
- อรฉัตร โตชยานนท์. (2539). ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟูเล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เทคนิค.
- อุษณีย์ ทับทอง. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โอภาส ธรรมวานิช. (2540). อัมพาตรักษาหายได้. กรุงเทพฯ: อักษรวัฒนา.
- อวยพร สวัสดิ์. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Adkins, E. R. (1993). Quality of life after stroke: Exposing a gap in nursing literature. *Rehabilitation Nursing*, 18(3), 144-147.
- Ahlsio B., Britton M., Murry V., and Theorell T. (1984). Disablement and quality of life after Stroke. *Stroke* 15: 886-980.
- Alguren B. et al. (2012). Factors associated with health-related quality of life after stroke: a 1-year prospective cohort study. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 26(3) : 266-274.

- Bakken L.N., Kim H.S., Finset A. and Lerdal A. (2012). Stroke patients' functions in personal activities of daily living in relation to sleep and socio-demographic and clinical variables in the acute phase after first-time stroke and at six months of follow-up. *Journal of Clinical Nursing*, 21 : 1886–1895.
- Bandura. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey : Prentice-Hall.
- Bays C.L. (2001). Quality of life of stroke survivors: A research synthesis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 33(6) : 310-316.
- Black, J. M., & Matassarin-Jacobs, E. (1993). *Luckmann and Sorensen's medical surgical nursing: A psychophysiologic approach* (4<sup>th</sup> ed.) Philadelphia: W. B. Saunders.
- Bruckbauer, E. A. (1991). Recognizing Poststroke Depression. *Rehabilitation Nursing* 16(1) : 34-36.
- Canam, C., & Acorn, S. (1990). Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. *Rehabilitation Nursing*, 24(5), 192-196.
- Cantril, H. (1965). *Patterns of human concerns*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Carod-Artal J. et al. (2000). Quality of Life Among Stroke Survivors Evaluated 1 Year After Stroke Experience of a Stroke Unit. *Stroke* 31 : 2995-3000.
- Castellucci, D. T. (2004). Perceptions of Autonomy in Poststroke Elderly Clients. *Rehabilitation Nursing* 29(1) : 24-29.
- Clarke, P., Marshall, V., Black, S. E., and Colantonio, A. (2002). Well-Being After Stroke in Canadian Seniors: Findings From the Canadian Study of Health and Aging. *Stroke* 33(4) : 1016-1021.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine* 38(5) : 300-314.
- Darlington A.E. et al. (2007). Coping strategies as determinants of quality of life in stroke Patients: A Longitudinal Study. *Cerebrovascular Diseases* 23 : 401-407.
- Dhamoon M.S. et al. (2010). Quality of life declines after first ischemic stroke. *Neurology*, 75 : 328-334.
- de Haan R. J., Limburg M., de Meulen J. H. P., Aaronson N. K. (1995). Quality of life after stroke: impact of stroke type and lesion location. *Stroke* 26: 402-408.

- Ferrans, C. E., and Powers, M. J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Researcher in Nursing and Health* 15: 29-38.
- Ferrans C.E., Zerwic J. J., Wilbur J. E. and Larson J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of nursing scholarship* 37(4) : 336-342.
- Flanagan, J. C. (1982). Measurement of quality of life: Current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 56-59.
- 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.
- Green, J. (2000). *Neuropsychological evaluation of the older adult: A clinician's guide book*. San Diego: Academic press.
- Haacke, C., Althaus, A., Spottke, A., Siebert, U., Back, T., and Dodel, R. (2006). Long-Term Outcome After Stroke: Evaluating Health-Related Quality of Life Using Utility Measurements. *Stroke* 37(1) : 193-198.
- Hafsteindottir, T. B., & Grypdonck, M. (1997). Being a stroke patient: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 580-588.
- Hanucharunkul, S. (1988). *Social support, self care and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand*. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University.
- Hickey J.V. (1986). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia : J.B. Lippincot company.
- Huang, M. E., Wartella, J. E., and Kreutzer, J. S. (2001). Functional outcomes and quality of life in patients with brain tumors: A preliminary report. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(11) : 1540-1546.
- 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.
- Karnofsky D.A., Burchenal J.H. (1949). *The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer*. In Evaluation of chemotherapeutic agents. New York: Columbia University Press.
- Kate, S., and stroud, M. (1989). Functional assessment in geriatrics: A review of progress and directions. *Journal of American Geriatrics Society* 37 : 267-271.
- King RB. (1996). Quality of life after stroke. *Stroke* 27 : 1467-1472.
- Krupp, L. B., LaRocca, N. G., Muir-Nash, J., and Steinberg, A. D. (1989). The fatigue severity scale: Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of Neurology* 46(10) : 1121-1123.
- 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.
- Lee, K. A., Hicks, G., and Nino-Murcia, G. (1991). Validity and reliability of a scale to assess fatigue. *Psychiatry Research* 36(3) : 291-298.
- Lerdal A. and Gay C.L. (2013). Fatigue in the acute phase after first stroke predicts poorer physical health 18 months later. *Neurology*, 81 : 1581-1587.
- Lindgren I., Jonsson A-C. et al. (2007). Shoulder pain after stroke: A Prospective Population-Based Study. *Stroke* 38 : 343-348.
- Linton, A. D. (2000). *Introductory nursing care of adults*. Philadelphia. W. B. Saunders.
- McNett, S. C. (1987). Social Support, Threat, and Coping Responses and Effectiveness In the Functionally Disabled. *Nursing Research* 36(2) : 9-103.
- Minton, O., Richardson, A., Sharpe, M., Hotopf, M., and Stone, P. (2008). A Systematic Review and Meta-Analysis of the Pharmacological Treatment of Cancer-Related Fatigue. *Journal of the National Cancer Institute* 100(16) : 1155-1166.
- Naess H. and Nyland H. (2013). Poor health-related quality of life is associated with long term mortality in young adults with cerebral infarction. *Journal of stroke and cerebrovascular disease* 22(7) : 79-83.



- Naess, H., Waje-Andreassen, U., Thomassen, L., Nyland, H., and Myhr, K.-M. (2006). Health-Related Quality of Life Among Young Adults With Ischemic Stroke on Long-Term Follow-Up. *Stroke* 37(5) : 1232-1236.
- Nichols-Larsen, D. S., Clark, P. C., Zeringue, A., Greenspan, A., and Blanton, S. (2005). Factors Influencing Stroke Survivors' Quality of Life During Subacute Recovery. *Stroke* 36(7) : 1480-1484.
- Niemi M.L., Laaksonen R., Kotila M. and Waltimo O. (1988). Quality of life 4 years after stroke. *Stroke*, 19: 1101-1107.
- Oddy M, Humphrey M, Uttley D.(1978). Stresses upon the relatives of head-injured patients. *The British Journal of Psychiatry* 133 : 507-512.
- Padilla, G. V., and Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science* 8(1) : 45-60.
- Patel, M. D., McKeivitt, C., Lawrence, E., Rudd, A. G., and Wolfe, C. D. A. (2007). Clinical determinants of long-term quality of life after stroke. *Age and Ageing* 36(3) : 316-322.
- Pilot, & Hungler, (1999). *Nursing research: Principles and methods*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Piper, B. (1993). Fatigue and cancer: inevitable companions. *Supportive Care in Cancer* 1(6) : 285-286.
- Prencipe, M., Ferretti, C., Casini, A. R., Santini, M., Glubilei, F., & Culasso. (1997). Stroke, disability and dementia: Result of population survey. *Stroke*, 28(3), 531-536.
- Rice, R., Balakas, V. K., Freed, P. E., & Schappe, A. C. (2001). Patient education. In R. Rice (Ed.), *Home care nursing practice: Concepts and application* (2<sup>nd</sup> ed.). St. Louis: Mosby.
- Robinson-Smith G. (1993). Coping and life satisfaction after stroke. *Journal stroke and cerebrovascular diseases*. 3(4), 209-215.
- Robinson-Smith G., Johnston M.V., Allen J. (2000). Self care self efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Archives of Physical medicine & Rehabilitation*. 81(4): 460-464.
- 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.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazalus, R. S. (1981). The Health-relate function of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(19), 381-402.
- Shuman-Paretsky, M. J., Belser-Ehrlich, J., and Holtzer, R. (2014). Psychometric Properties of the Brief Fatigue Inventory in Community-Dwelling Older Adults. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 95(8) : 1533-1539.
- Stewart, M. J., and Tilden, V. P. (1995). The contributions of nursing science to social support. *International Journal of Nursing Studies* 32(6) : 535-544.
- Toljamo, M., and Hentinen, M. (2001). Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing* 10(5) : 618-627.
- Tang, W. K., Lu, J. Y., Chen, Y. K., Mok, V. C., Ungvari, G. S., and Wong, K. S. (2010). Is Fatigue Associated With Short-Term Health-Related Quality of Life in Stroke?. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 91(10) : 1511-1515.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlational procedures for research*. New York : Gardner Press.
- van de Port, I. G. L., Wood-Dauphinee, S., Lindeman, E., and Kwakkel, G. (2007). Effects of Exercise Training Programs on Walking Competency After Stroke: A Systematic Review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 86(11) : 935-951.
- Viitanen M., Fugl-Meyer K. S., Bernspang B., Fugl-Meyer A. R. (1988). Life satisfaction in long-term survivors after stroke. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 20: 17-24.
- Watanabe, Y., et al. (2000). An evaluation of neurobehavioral problems as perceived by family member and level of family 1-3 years following traumatic brain injury in Japan. *Clinical Rehabilitation* 14(2): 174 -177.
- Watson, L. D., & Quinn, D. A. (1998). Stage of stroke: a model for stroke rehabilitation. *British Journal of Nursing*, 7(11), 631-640.
- Whitney, F. (1994). Stroke. In E. Barker (Ed.), *Neuroscience nursing* (pp. 469-515). St. Louis: Mosby.

- Wider M., Ek A. C., Ahlstrom G. (2004). Coping with long-term pain after a stroke. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(3): 215-225.
- Wilson I. B. and Cleary P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life-a conceptual model of patient outcomes. *Journal of American Medical Association* 273(1) : 59-65.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 795-800.







### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

พนักำรวจเอก นายแพทย์ กิตติ ชีวะอิสระกุล	นายแพทย์(สบ4) กลุ่มงานศัลยกรรม รพ.ตร. โรงพยาบาลตำรวจ
พนักำรวจโทหญิง ดร. สุขฤดี รัชชถงการสกุล	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรวดี เพชรศิริราสัณห์	อาจารย์สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
พนักำรวจเอกหญิง นฤมล เพียรเจริญ	พยาบาล(สบ5) กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร. โรงพยาบาลตำรวจ (ข้าราชการบำนาญ)
นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล	ผู้เชี่ยวชาญพยาบาลระดับ 8 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



ที่ ศธ 0512.11/1716



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑๑ ตุลาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

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

เนื่องด้วย พ.ต.ท.หญิง สุภัทรา ผิวขาว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล ผู้เชี่ยวชาญพยาบาลระดับ 8 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

*สุนิดา ปรีชาวงษ์*  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1138

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

พ.ต.ท.หญิง สุภัทรา ผิวขาว โทร. 08-1646-2061



ที่ ศธ 0512.11/146



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

19 ตุลาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีสำนักพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

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

เนื่องด้วย พ.ต.ท.หญิง สุภัทรา ผิวขาว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรวดี เพชรศิราสัมพันธ์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรวดี เพชรศิราสัมพันธ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1138

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

พ.ต.ท.หญิง สุภัทรา ผิวขาว โทร. 08-1646-2061

ที่ ศธ 0512.11/1716



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

14 ตุลาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

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

เนื่องด้วย พ.ต.ท.หญิง สุภัทรา ผิวขาว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พันตำรวจโทหญิง ดร. สุขฤดี อัครสงคารสกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (สบ 3) กลุ่มงานอาจารย์ ว.พ.พ. อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

พันตำรวจโทหญิง ดร. สุขฤดี อัครสงคารสกุล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1138

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

พ.ต.ท.หญิง สุภัทรา ผิวขาว โทร. 08-1646-2061

ที่ ศธ 0512.11/ 1716



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

19 ตุลาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

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

เนื่องด้วย พ.ต.ท.หญิง สุภัทรา ผิวขาว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ พันตำรวจเอก นายแพทย์ กิตติ ชีวะอิสระกุล นายแพทย์ (สบ 4) กลุ่มงานศัลยกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมชื่อนิสิต

พันตำรวจเอก นายแพทย์ กิตติ ชีวะอิสระกุล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1138

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

พ.ต.ท.หญิง สุภัทรา ผิวขาว โทร. 08-1646-2061





ที่ สธ ๐๓๑๐/๑๐๒๕๓

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์  
เลขที่ ๓๑๒ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท  
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐

๕ ตุลาคม ๒๕๕๙

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน พ.ต.ท.หญิงสุภัทรา ผิวขาว

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

ตามที่ท่านได้เสนอขออนุมัติดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยา ตามรายละเอียดของโครงการวิจัยข้างท้าย และขณะนี้คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นคณะกรรมการวิจัยประจำสถาบัน ที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการวิจัยทางคลินิกที่ดี ได้ดำเนินการพิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว

เลขที่โครงการ ๕๙๐๕๖

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

ในการนี้ สถาบันประสาทวิทยาขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว ตามรายละเอียดในเอกสารของคณะกรรมการวิจัยฯ ที่ สธ ๐๓๑๐(๑๓๗๐๐)/๑๓๖๔ ดังเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอุดม ภู่วโรตม)

ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา

โทร. ๐ ๒๓๐๖ ๙๘๙๙ ต่อ ๒๔๐๒

โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๕๓๕๗



ที่ สธ ๐๓๑๐ (๑๓๗๐๐)/๑๓๖๔

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันประสาทวิทยา ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา  
สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ ๓๑๒ ถนนราชมังคลาภิเษก  
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๙ กันยายน ๒๕๕๔

เรื่อง อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

เรียน พ.ศ.ท.หญิงสุภัทรา ผิวขาว

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารเลขที่ ๐๔๕/๒๕๕๔

ตามที่ท่านซึ่งเป็น หัวหน้าโครงการวิจัยตามรายละเอียดข้างท้าย ได้เสนอโครงการวิจัยดังกล่าวต่อคณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา

เลขที่โครงการ ๕๙๐๕๖

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

ในการนี้ คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นคณะกรรมการวิจัยสถาบัน (Institutional Review Board : IRB) ที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ได้พิจารณา และมีมติอนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ โดยผู้วิจัยจะต้องมีหน้าที่และความรับผิดชอบภายหลังได้รับการอนุมัติ คือ ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๗ "ข้อมูลสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรง" โดยเคร่งครัดและจะต้องรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยเมื่อมีการร้องขอและ/หรือเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ ทุกครั้ง ได้แก่

๑. ควรพิจารณาคำแนะนำการให้นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยทุกคน ผ่านการอบรมทางด้านจริยธรรมการวิจัยในคน
๒. เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ พร้อมทั้งแจ้งสาเหตุของการยุติโครงการวิจัยให้ทราบด้วย
๓. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงการวิจัยต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมทั้งเหตุผลที่ต้องเปลี่ยนแปลง
๔. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัยหรือเพิ่มเติมคณะผู้วิจัย ต้องส่งประวัติของคนที่เปลี่ยนแปลงพร้อมเหตุผลให้คณะกรรมการฯ ทราบด้วย
๕. เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์ที่ relate, possible/likely, probably related, fatal กับโครงการวิจัยที่ท่านรับผิดชอบอย่างไร รวมทั้งขอทราบมาตรการในการดูแลป้องกันอาสาสมัครในประเทศไทยด้วย
๖. จัดส่งรายงานการศึกษาวิจัย จำนวน ๒ ชุด ให้แก่สำนักงานคณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน
๗. หากการวิจัยเกินเวลากว่า ๑ ปี จะต้องรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย พร้อมดำเนินการขอต่ออายุการรับรองก่อนหมดอายุอย่างน้อย ๓๐ วัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)

ประธานคณะกรรมการวิจัย

และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา

โทร. ๐ ๒๓๐๖ ๕๕๕๕๔ ต่อ ๒๔๐๒

โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๕๓๕๓๗





โรงพยาบาลตำรวจสำนักงานตำรวจแห่งชาติ  
๔๙๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดยคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง QD. ๕๖/๒๕๕๙

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งแรก
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	PREDICTING FACTORS OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AMONG THE FIRST STROKE PATIENTS
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	พ.ต.ท.หญิง สุภัทรา ผิวขาว พยาบาล (สบ ๓) กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร.
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ( Version ๑.๐ Date ๒๖ JULY ๒๐๑๖ ) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอมฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ( Version ๑.๐ Date ๒๖ JULY ๒๐๑๖ ) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๙ (Version ๑.๐ Date ๒๖ JULY ๒๐๑๖) (ฉบับภาษาไทย) ๔. อัตตประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๙
วันหมดอายุ	๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๐

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ  
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

ผู้วิจัยสามารถเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรองโครงการวิจัย

พันตำรวจเอกหญิง.....*พ.ท.หญิง สุภัทรา ผิวขาว*.....

( พันวดี รัตนสมวงค์ )

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย  
โรงพยาบาลตำรวจ

พันตำรวจเอก.....*อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์*.....

( อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์ )

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย  
โรงพยาบาลตำรวจ







บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐-๒๔๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๔๔๑-๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒/๐๖๔๐๗

วันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๒๐๖๗ ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๘

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: พ.ต.ท.หญิงสุภัทรา ผิวขาว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: "ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งแรก" โดยมี ผศ.ดร.สุนิศา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้: แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ฉบับภาษาไทย

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางสาวนิตยา สุทธยากร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตร วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.๒๕๓๑ เรื่อง "การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ" ซึ่งมี รศ.ประคอง อินทรสมบัติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้พิจารณาแล้ว ไม่ขัดข้องอนุญาตให้ พ.ต.ท.หญิงสุภัทรา ผิวขาว ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้าน วิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาบัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมีอาจารย์ท่านใดทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และต้องปฏิบัติตามระเบียบการขอใช้เครื่องมือวิจัยของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งกำหนดให้ผู้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยต้องดำเนินการตามระเบียบการขอใช้

...../๒.

- ๒ -

เครื่องมือวิจัย (ตามแบบฟอร์มที่แนบ มาพร้อมนี้) และต้องชำระค่าบริการการใช้เครื่องมือ จำนวน ๒๐๐บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ฉบับ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาธิบดี ชื่อบัญชี “หลักสูตรการศึกษาพยาบาลปริญญาโทรามธิบดี ” เลขที่บัญชี ๐๒๖-๔-๓๕๑๘๓-๗ ประเภทออมทรัพย์ และแนบหลักฐานการโอนเงินมาพร้อมกับการกรอกแบบ บปร. ๑๕, บปร.๑๖ ส่งมาให้...

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ อัครปทุมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

3/3



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
แผนกสารบรรณ
เลขที่หนังสือรับ 0676
ว.ด.ป. 16 ธ.ค. 57
เวลา 14.55 น.

ที่ ศธ ๖๓๙๓(๒๓)/ ๑๐๕๖

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ  
อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๕ มีนาคม ๒๕๕๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ฝ่ายวิชาการ
เลขที่หนังสือรับ 952
ว.ด.ป. 16 ธ.ค. 57
เวลา 15.19 น.

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๒๕๐ ลงวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะขออนุญาตให้ พ.ต.ท.หญิง สุภัทรา ผิวขาว นิสิตชั้นปริญญาโทมาบัณฑิต นำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของนางสาว สาลี เฉลิมวรรณพงศ์ ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมอนุญาตให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล)


รองคณบดี ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา


โทร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๑๐

โทรสาร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๓๕

ที่ สธ ๐๓๐๘.๔๐๐๐/ 



สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ  
ทางการแพทย์แห่งชาติ  
ซอยบำรุงคนราชมรรค์ ถนนติวานนท์  
อำเภอเมือง จังหวัดนครพนธ์ ๑๑๐๐๐

 กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

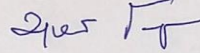
เรียน พ.ต.ท.หญิง สุภัทรา ผิวขาว

ตามที่ท่าน พ.ต.ท.หญิง สุภัทรา ผิวขาว นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ แขนงการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก” และมีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย “แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล (Modified Barthel Index) ฉบับภาษาไทย ของแพทย์หญิงบุษกร โลหารขุน ตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญสังกัด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ นั้น

ในการนี้ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยแพทย์หญิงบุษกร โลหารขุน พิจารณาแล้ว เห็นควรอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าวข้างต้นได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นางบุษกร โลหารขุน)  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ

กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

โทร. ๐ ๒๕๕๑ ๕๔๕๕ ต่อ ๒๘๐๔

โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๑๗๖๖

ที่ สธ ๐๓๐๘/ ๖๒๔



สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ  
ทางการแพทย์แห่งชาติ  
ซอยบําราศนราดรุณ ถนนติวานนท์  
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๔ มีนาคม ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๒๕๐ ลงวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง พ.ต.หญิง สุภัทรา ผิวงาม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาล  
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย แบบประเมินสภาวะด้านการทำหน้าที่  
Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย จากบทความวารสารพุทธชินราชเวชสาร เรื่อง ความน่าเชื่อถือของ  
การประเมินผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย  
ของแพทย์หญิงบุษกร โลหารชุน และคณะ นั้น

ในการนี้ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยแพทย์หญิงบุษกร  
โลหารชุน ได้พิจารณาแล้วเห็นควรอนุญาตให้ใช้แบบประเมินดังกล่าวในการดำเนินการวิจัยเพื่อประโยชน์ในการ  
ใช้เป็นเครื่องมือประเมินผลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางบุษกร โลหารชุน)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการแทน

ผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

โทร. ๐ ๒๕๕๑ ๕๕๕๕ ต่อ ๖๘๐๔

โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๑๗๖๖



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย\*

### (Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่อง    ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก  
วันที่ให้คำยินยอม   วันที่.....เดือน .....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยวิธีการวิจัยอันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้วซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจและเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนาโดยไม่เสียสิทธิในการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย

การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้นและจะต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเป็นลายลักษณ์อักษร

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆที่มีสาเหตุจากการวิจัยดังกล่าวข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายและหรือจะมีการชดเชยค่าตอบแทนตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นตามความเหมาะสม

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้กำกับดูแลการวิจัยผู้ตรวจสอบคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเพื่อเป็นการยืนยันถึงขั้นตอนโครงการวิจัยทางคลินิกโดยไม่ล่วงละเมิดสิทธิในการปิดบังข้อมูลของการสมัครตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบได้อนุญาตไว้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้วข้าพเจ้าจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่พ.ต.ท.หญิง สุภัทรา ผิวขาวได้ตลอดเวลา ทางโทรศัพท์หมายเลข 081-6462061 Email; nungorh@yahoo.com โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้เป็น พ.ต.ท.หญิง สุภัทรา ผิวขาว

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)



### ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก”

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของข้าพเจ้านี้ กระทำโดยสมัครใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบของการวิเคราะห์ในภาพรวม โดยไม่เปิดเผยรายชื่อ

กรณีที่ข้าพเจ้ามีข้อสงสัยหรือข้อซักถามเพิ่มเติม ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ที่

พ.ต.ท.หญิง สุภัทรา ผิวขาว

นิติศตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู. ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลตำรวจ

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

492/1 ถนนพระราม1 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร. 0-2207-6000 ต่อ 6161,6820 เบอร์โทรศัพท์มือถือ 081-646-2061

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันประสาทวิทยา  
ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยาชั้น 4 อาคารวิจัยประสาทวิทยา (ตึก MRI) สถาบัน  
ประสาทวิทยา

เลขที่ 312 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 086-366-4307, 0-2306-9899 ต่อ 2402,0-2354-5357 โทรสาร 0-2354-5357

E-mail : irbpni@gmail.com

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ  
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ..... ผู้ยินยอม  
ลงนาม ..... พยาน  
ลงนาม ..... พยาน

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจน  
เข้าใจดีแล้ว และข้าพเจ้าจึงได้ประทับลายนิ้วมือในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



## เอกสารแนะนำอาสาสมัคร (Participant information sheet)

โครงการวิจัย เรื่องปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก  
**เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำโครงการวิจัยนี้**

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ แต่ภายหลังจากการรอดชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีคุณภาพชีวิตหรือไร้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตในวัยผู้ใหญ่หลงเหลืออยู่ ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียทางด้านทรัพยากรและเศรษฐกิจเป็นอย่างมากอีกทั้งทำให้เกิดปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพหลายด้านไม่ว่าจะเป็นด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ บทบาทหน้าที่ทางสังคมและเศรษฐกิจ ด้านครอบครัว การดูแลผู้ป่วยจึงไม่ควรมุ่งเพียงแต่เพื่อลดความรุนแรงของโรคเท่านั้น แต่ต้องให้ความสำคัญกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Ferrans, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ferrans และคณะ (2005) ที่มองว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาต่อการดำเนินชีวิตประจำวันมีทั้งหมด 6 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านชีววิทยา 2) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ 3) ปัจจัยด้านอาการ 4) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ 5) ปัจจัยเฉพาะบุคคล 6) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยคัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพประกอบด้วย สถานะการทำหน้าที่เป็นปัจจัยด้านการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้าและอาการปวดเป็นปัจจัยด้านอาการ การเผชิญปัญหาและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นปัจจัยเฉพาะบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมปัจจัยเหล่านี้มาจากกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans และคณะ (2005) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบมีแนวโน้มมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สามารถวัดประเมินได้ และพยาบาลสามารถใช้บทบาทอิสระในการช่วยส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโดยตรง ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้เป็นแนวทางส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยต่อไปเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกจากปัจจัย สถานะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

### วิธีการศึกษา

กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีดังนี้

1. ผู้ดำเนินการวิจัย พ.ต.ท.หญิง สุภัทรา ผิวขาว ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ได้แก่ สภาวะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยจัดทำโครงการวิจัยนี้ ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา

2. ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามโดยตรงกับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 15 - 30 นาทีต่อคนโดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 8 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แบบประเมินสภาวะด้านการทำหน้าที่ ตอนที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า ตอนที่ 4 แบบประเมินอาการปวด ตอนที่ 5 แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียด ตอนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ตอนที่ 7 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ตอนที่ 8 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงกับท่าน เกี่ยวกับรายละเอียดของงานวิจัย วัตถุประสงค์ การวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม อธิบายการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมการวิจัย อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอธิบายถึงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

4. หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามยินยอมหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในกรณีที่ไม่สามารถเขียนหนังสือได้ การตอบแบบสอบถามในกรณีที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเลือกข้อความตอบเอง

### **ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้**

ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่เกิดความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะในเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ท่านมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีการรักษาพยาบาลที่ท่านจะได้รับ

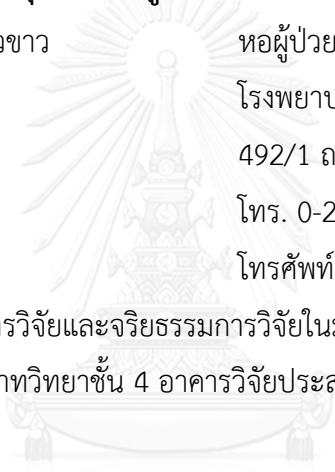
หากท่านมีข้อสงสัยต้องการสอบถามเกี่ยวกับสิทธิของท่าน หรือผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ หรือร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147

### ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ

เพื่อพัฒนาใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการค้นคว้าวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก รวมทั้งนำผลการวิจัยที่ได้พัฒนาไปสู่การวิจัยเชิงทดลองทางการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกต่อไป

เนื่องจากเป็นงานวิจัยเพื่อการศึกษาของนิสิตปริญญาโท และไม่ได้ขอทุนวิจัย จึงไม่มีค่าตอบแทน อาจพิจารณาตอบแทนเป็นของที่ระลึกที่มีมูลค่าไม่เกิน 150 บาท

### กรณีที่ท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อผู้วิจัยตามรายละเอียดดังนี้

1. พ.ต.ท.หญิง สุภัทรา ผิวขาว  หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู.ศัลยกรรมประสาท  
โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ  
492/1 ถนนพระราม1 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทร. 0-2207-6000 ต่อ 6161, 6820  
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-646-2061
2. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันประสาทวิทยา  
ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยาชั้น 4 อาคารวิจัยประสาทวิทยา (ตึก MRI ) สถาบันประสาทวิทยา  
เลขที่ 312 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400  
โทรศัพท์ 086-366-4307, 0-2306-9899 ต่อ 2402, 0-2354-5357 โทรสาร 0-2354-5357  
E-mail : irbpni@gmail.com



## แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย

เรื่อง “ ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ”

ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 8 ส่วน คือ

- |           |  |
|-----------|--|
| ส่วนที่ 1 | แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด |
| ส่วนที่ 2 | แบบสอบถามสภาวะด้านการทำหน้าที่                                 |
| ส่วนที่ 3 | แบบสอบถามความเหนื่อยล้า  |
| ส่วนที่ 4 | แบบสอบถามอาการปวด  |
| ส่วนที่ 5 | แบบสอบถามวิธีการเผชิญปัญหา                                     |
| ส่วนที่ 6 | แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม                                   |
| ส่วนที่ 7 | แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง           |
| ส่วนที่ 8 | แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง       |



ลำดับที่.....

วัน/เดือน/ปี.....

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

#### ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา
 

( ) ไม่ได้รับการศึกษา	( ) ไม่ได้รับการศึกษาแต่อ่านออกเขียนได้
( ) ได้รับการศึกษา	
( ) ประถมศึกษา	( ) มัธยมศึกษา
( ) ปริญญาตรี	( ) ปริญญาโทหรือสูงกว่า
( ) ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา	
4. สถานภาพสมรส
 

( ) โสด	( ) คู่	( ) หม้าย
( ) หย่า	( ) แยกกันอยู่	
5. จำนวนสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งผู้ป่วย.....
6. อาชีพ
 

( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ	( ) ประกอบอาชีพ
( ) ข้าราชการบำนาญ	( ) ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
( ) รับจ้าง	( ) เกษตรกร
( ) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	( ) นักธุรกิจ ( ) อื่นๆ
7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน
 

( ) ≤2,000	( ) 6,001 - 8,000
( ) 2,001 - 4,000	( ) 8,001 - 10,000
( ) 4,001 - 6,000	( ) >10,000
8. แหล่งรายได้
 

( ) จากตนเอง	( ) สามเณร/ภรรยา (คู่สมรส)
( ) บุตร/หลาน	( ) อื่นๆระบุ.....

9. ความเพียงพอของรายได้

เพียงพอ

ไม่เพียงพอ

10. การชำระค่ารักษาพยาบาล

เบิกค่ารักษาพยาบาลได้

การช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์

เสียค่าใช้จ่ายเอง

บัตรผู้สูงอายุ

บัตรผู้มีรายได้น้อย

บัตรสุขภาพถ้วนหน้า

อื่นๆ.....

11. ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย

บุตร

ภรรยา

สามี

หลาน

อื่นๆ

12. ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

สมองขาดเลือด (Ischemic Stroke)

เลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke)

13. โรคประจำตัว

ความดันโลหิตสูง

โรคหัวใจ

โรคเบาหวาน

ไขมันในเลือดสูง

อื่นๆ

14. ซีกของการเกิดอัมพาต

ซีกซ้าย

ซีกขวา

ทั้งสองซีก

15. ศาสนา

พุทธ

คริสต์

อิสลาม

อื่นๆ

16. ประวัติการใช้สารเสพติด

ใช้

ไม่ใช้

**ชุดที่ 2 เครื่องมือสำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ( สำหรับผู้วิจัย ) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น  
ต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)**

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และข้อ 10

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน) (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

คะแนน

**1. Orientation for time (5 คะแนน)**

- |                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร ..... | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 วันนี้วันอะไร .....      | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร .....  | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 ปีนี้ปีอะไร .....        | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร .....      | <input type="checkbox"/> |

**2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)**

**2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ...ชื่อว่าอะไร ..... | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร .....       | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ-เขตอะไร .....                   | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร .....                           | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร .....                               | <input type="checkbox"/> |

**2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร..... | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้านหรือละแวก/ คุ่ม/ ย่าน/ ถนนอะไร.....  | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/ เขตอะไร .....                   | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร .....                            | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร .....                                | <input type="checkbox"/> |

**3. Registration (3 คะแนน)**

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ดิฉัน จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (.....) ตั้งใจฟังให้ดิฉันจะเพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อดิฉันพูดจบให้ คุณ (.....) พุดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวดิฉันถามซ้ำ

\* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกิน

(ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ .....

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์ .....

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

(ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ(ตา,ยาย,.....)

คิดเลขในใจเป็นไหม ? ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา

.....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1,2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่ามะนาว ให้คุณ (.....) ฟังแล้วให้คุณ (.....) สะกดถอยหลังจาก

พยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม่่า-สระอะ นอหนุ-สระอา-วอ แหวน

ไหนคุณ(ตา,ยาย,.....) สะกดถอยหลังให้ฟังซิ ..... ว น ะ ม

#### 5. Recall (3 คะแนน)

เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ .....

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์ .....

#### 6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

ของสิ่งนี้ เรียกว่าอะไร .....

6.2 ชี้นำฟีกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

ของสิ่งนี้ เรียกว่าอะไร .....

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

ตั้งใจฟังดิฉันนะคะ เมื่อดิฉัน พูดข้อความนี้แล้วให้คุณ (.....) พูดตามดิฉัน จะบอกเพียงครั้ง

เดียว ใครใคร่ขายไก่ไข่ .....

#### 8. Verbal command (3 คะแนน)

ฟังทีละนะ เดี่ยวดิฉันจะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ(.....) รับด้วยมือขวา แล้ววางไว้ที่.....

(พื้น,โต๊ะ, เติง) ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

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

### 9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (.....)อ่านแล้วทำตาม จะอ่านออกเสียง หรือ อ่านในใจก็ได้ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า หลับตา

○ หลับตาได้ .....

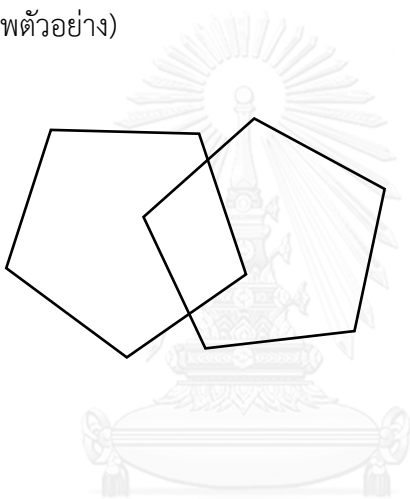
### 10. Writing (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง ให้คุณเขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมายมา 1 ประโยค

○ ประโยคมีความหมาย

.....

11. Visual construction (1 คะแนน) ข้อนี้เป็นคำสั่ง จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง (ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)



คะแนนรวม.....

## ส่วนที่ 2 : แบบสอบถามสถานะด้านการทำหน้าที่

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย x ในช่องว่างแต่ละข้อที่ตรงกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของตัวท่านมากที่สุดซึ่งท่านสามารถศึกษาแนวทางการให้คะแนนของแต่ละกิจกรรมตาม รายละเอียดท้ายตารางที่ข้าพเจ้าแนบไว้และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ

กิจกรรม	ทำไม่ได้เลย	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน	ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย	ทำได้เอง
1.การดูแลสุขลักษณะส่วนตัว	0	1	3	4	5
2.การอาบน้ำ	0	1	3	4	5
3.การกินอาหาร	0	2	5	8	10
4.การใช้ห้องน้ำ	0	2	5	8	10
5.การใส่เสื้อผ้า	0	2	5	8	10
6.การควบคุมการถ่ายอุจจาระ	0	2	5	8	10
7.การควบคุมการปัสสาวะ	0	2	5	8	10
8.การเคลื่อนที่	0	3	8	12	15
**หรือการใช้รถเข็นนั่ง**	0	1	3	4	5
9.การเคลื่อนย้าย	0	3	8	12	15
10.การขึ้นลงบันได	0	2	5	8	10
<b>คะแนนรวม</b>					

**\*\*ไม่ต้องประเมินถ้าผู้ป่วยสามารถเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง\*\***

## แนวทางการให้คะแนน

### 1. การดูแลสุขลักษณะส่วนตัว ( Personal Hygiene )

- 0 : ไม่สามารถดูแลสุขลักษณะส่วนตัวได้ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดเช่นแปรงฟันหวีผม ล้างมือล้างหน้าโกนหนวดแต่งหน้า
- 1 : ต้องการความช่วยเหลือทุกขั้นตอนในการทำกิจกรรมอาจสามารถทำกิจกรรมเอง1-2 อย่างแต่กิจกรรมส่วนใหญ่ต้องการผู้ช่วยทำมากกว่าทำเอง
- 3 : ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนในบางขั้นตอนของการทำแต่ละกิจกรรมโดยบาง ขั้นตอนอาจทำได้เองแต่บางขั้นตอนต้องอาศัยผู้ช่วยเช่นแต่งหน้าการเพิ่มแรงกดในการ แปรงฟันการโกนหนวดบริเวณใต้คาง การหวีผมด้านหลังการเช็ดมือข้างเดียวให้แห้ง
- 4 : สามารถทำกิจกรรมเองได้แต่ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อยช่วงก่อนหรือหลังทำกิจกรรม เช่นความปลอดภัยในการเสียบ/ถอดปลั๊กไฟการใส่ใบมีดโกนหนวดการต้มน้ำร้อน
- 5 : ทำกิจกรรมเองได้ทั้งหมดอย่างปลอดภัย

### 2. การอาบน้ำ ( Bathing Self )

- 0 : ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด
- 1 : ต้องการความช่วยเหลือทุกขั้นตอนในการอาบน้ำอาจสามารถล้างลำตัวและแขนเองได้
- 3 : ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนทั้งการเคลื่อนย้ายตัวรวมถึงการอาบน้ำและเช็ดตัวท่าน ไม่สามารถอาบน้ำเองได้เรียบร้อยถ้าไม่มีผู้ช่วยคอยช่วยบางส่วนหรือคอยดูแล
- 4 : ต้องอยู่ในสายตาของผู้ดูแลเพื่อความปลอดภัย เช่นการปรับความร้อนของน้ำหรือการ เคลื่อนย้ายตัวสามารถอาบน้ำได้เองแต่ใช้เวลานานมากกว่า3เท่าของปกติ อาจต้องการความช่วยเหลือในการเตรียมอุปกรณ์
- 5 : สามารถอาบน้ำได้เองทั้งหมดอาจต้องดัดแปลงอุปกรณ์ในการใช้งานและอาจใช้เวลานาน กว่าปกติถึง2เท่า

### 3. การกินอาหาร ( Feeding )

- 0 : กินอาหารทางสายยางโดยผู้อื่นทำให้หรือสามารถเคี้ยวและกลืนได้โดยมีผู้อื่นป้อนเข้าปาก
- 2 : สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยในการกินอาหารได้แต่ต้องมีผู้ช่วยตลอดเวลาเช่นช่วยนำอาหาร ใส่ช้อนแล้วผู้ป่วยนำอาหารเข้าสู่ปากเพื่อกินได้
- 5 : สามารถดักอาหารเข้าสู่ปากได้เองอาจต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมบางอย่างเช่น การรินน้ำใส่แก้วเปิดกระป๋องตัดเนื้อเป็นชิ้นๆการติดอุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆเพื่อให้ผู้ป่วย กินได้เองหลังจากผู้ช่วยเตรียมทุกอย่างให้แล้วจะต้องคอยเฝ้าดูเพื่อระวังการสำลักการเคี้ยว

หรือกลืนอาหารไม่ถูกต้อง

8 : สามารถกินอาหารที่เตรียมไว้เรียบร้อยแล้วได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ดูแลระหว่างการกินแต่ใช้เวลาในการกินนานกว่าปกติ อาจต้องอาศัยผู้ช่วยเตรียมอาหาร เช่น ตัดเนื้อเป็นชิ้น เปิดภาชนะต่างๆ เช่น ขวดกระป๋องไว้ให้ก่อนหรือตัดแปลงอาหารให้กลืนง่าย

10 : สามารถกินอาหารได้เองถ้ามีผู้เอาอาหารมาให้ในระยะเวลาที่เอื้อมถึง สามารถใส่อุปกรณ์ช่วยรินน้ำตัดเนื้อได้เองอย่างปลอดภัย

#### 4. การใช้ห้องน้ำ ( Toilet Use )

0 : ต้องการความช่วยเหลือเต็มรูปแบบในการใช้ห้องน้ำ

2 : ต้องการความช่วยเหลือทุกขั้นตอนของการใช้ห้องน้ำจากผู้ช่วยเป็นส่วนใหญ่ในการเคลื่อนย้ายถอดเสื้อผ้าการใช้กระดาษชำระและการทำความสะอาด

5 : ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องเสื้อผ้าการเคลื่อนย้ายหรือล้างมือเช่นต้องการผู้คอยดูหรือช่วยบางส่วนในการเคลื่อนย้ายการทรงตัวขณะล้างมือการจัดเสื้อผ้าให้เข้าที่รัดซิป

8 : ต้องการผู้คอยดูเรื่องความปลอดภัยขณะใช้ห้องน้ำปกติ อาจช่วยเหลือเล็กน้อย เช่น เตรียมกระดาษชำระให้อาจต้องใช้หม้อปัสสาวะ(commode)ตอนกลางคืน แต่ต้องมีผู้ช่วยนำไปทิ้งและทำความสะอาดอุปกรณ์ให้

10 : สามารถเข้าออกจากห้องน้ำปลดใส่เครื่องแต่งกายป้องกันการเปื้อนของเสื้อผ้าและใช้กระดาษชำระได้เองตอนกลางคืนอาจใช้หม้อปัสสาวะ(bedpanหรือcommode)แต่ทำความสะอาดได้เอง

#### 5. การใส่เสื้อผ้า ( Dressing )

0 : ผู้ดูแลต้องใส่เสื้อผ้าให้ผู้ป่วยทั้งหมดโดยผู้ป่วยสามารถทำได้แค่ช่วยขยับตัวไปข้างหน้า/ข้างหลังหรือจับราวข้างเตียงในการพลิกตะแคงตัวเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถใส่เสื้อผ้าได้

2 : ผู้ป่วยสามารถใส่เสื้อผ้าเองได้บางส่วนแต่ส่วนใหญ่แล้วผู้ดูแลต้องทำให้เกือบทั้งหมดได้แก่ผู้ป่วยสามารถใส่เสื้อผ้านานหน้าได้แต่ติดกระดุมเสื้อไม่ได้ ไม่สามารถใส่เสื้อสวมศีรษะได้ สามารถช่วยดึงกางเกงที่ผู้ดูแลใส่ให้แล้วได้บ้างแต่ไม่สามารถผูกเชือกกางเกงรัดซิปติดตะขอกางเกงเองได้

5 : ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนได้แก่การเตรียมเสื้อผ้าให้เหมาะสมเพื่อสะดวกต่อการใส่/ถอด การดูแลในการใช้อุปกรณ์ช่วยการใส่/ถอดเสื้อผ้าให้เรียบร้อย



- 8 : ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อยเช่นต้องการคำแนะนำความช่วยเหลือบางส่วนในการใส่ อุปกรณ์เสริมหรืออุปกรณ์เทียมก่อนการใส่เสื้อผ้าการติดกระดุม รูดซิป ดัดตะขอเสื้อในผู้ป่วย ต้องใช้เวลานานมากในการใส่/ถอดเสื้อผ้าด้วยตนเองถึง3เท่าจากระยะเวลาปกติ
- 10 : ผู้ป่วยสามารถใส่/ถอดเสื้อผ้า ชุดชั้นใน ถุงเท้ารองเท้า โดยอาจใช้อุปกรณ์เสริมหรือ อุปกรณ์เทียมได้ด้วยตนเองโดยใช้เวลาที่เหมาะสมและทำได้เรียบร้อย

#### 6. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ ( Bowel Control )

- 0 : ไม่สามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระได้ (จำเป็นต้องใช้ผ้าอ้อมตลอดเวลา)
- 2 : ต้องการผู้ช่วยในการจัดท่าและการกระตุ้นเพื่อขับถ่ายเช่นการเหน็บ/สวนทวาร (ถ้าไม่มีผู้ช่วยอาจถ่ายบ่อยและต้องใส่ผ้าอ้อมไว้)
- 5 : สามารถจัดท่าในการขับถ่ายได้แต่ไม่สามารถกระตุ้นการถ่ายด้วยตนเองต้องการผู้ช่วยในการทำความสะอาดอาจถ่ายโดยไม่ตั้งใจบ่อยครั้งและยังต้องใช้ผ้าอ้อมเพื่อป้องกัน
- 8 : ต้องมีผู้คอยดูแลเพื่อความถูกต้องและปลอดภัยเวลาผู้ป่วยกระตุ้นการถ่ายเองเช่นการเหน็บหรือสวนทวารด้วยตนเอง อาจถ่ายโดยไม่ตั้งใจบ้างแต่น้อยครั้ง
- 10 : สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ด้วยตนเองทั้งหมดโดยไม่มีอุบัติเหตุ(การถ่ายโดยไม่ตั้งใจ) อาจต้องกระตุ้นการถ่ายแต่ทำได้เองเช่นใช้นิ้วกระตุ้นเหน็บ/สวนทวาร

#### 7. การควบคุมการปัสสาวะ ( Bladder Control )

- 0 : กลั้นปัสสาวะไม่ได้ต้องใส่สายสวน ( indwelling catheter ) โดยผู้อื่นทำให้ทั้งหมด
- 2 : กลั้นปัสสาวะไม่ได้ แต่สามารถช่วยผู้ช่วยเหลือในการใช้อุปกรณ์ช่วยขับถ่ายได้เล็กน้อย
- 5 : ควบคุมการปัสสาวะได้เฉพาะในช่วงกลางวันเวลากลางคืนควบคุมไม่ได้ต้องการผู้ช่วยและ อุปกรณ์ช่วยบางส่วน
- 8 : ดูแลการปัสสาวะเองได้ทั้งกลางวันและกลางคืนโดยอาจใช้ยาหรืออุปกรณ์ช่วยอาจมีอุบัติเหตุบางครั้งถ้าเตรียมอุปกรณ์หรือเข้าห้องน้ำไม่ทันอาจต้องการคนช่วยเตรียมอุปกรณ์ไว้
- 10 : ควบคุมการปัสสาวะได้อาจใช้อุปกรณ์หรือยาช่วยแต่ทำได้ด้วยตนเองทั้งหมด

#### 8. การเคลื่อนที่ ( Ambulation ) ไม่ต้องประเมินถ้าผู้ป่วยใช้รถเข็น

- 0 : ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง
- 3 : ต้องอาศัยผู้อื่นช่วยอย่างมากระหว่างการเดินอาจใช้ผู้ช่วย1คนหรือมากกว่า
- 8 : สามารถเดินได้แต่ต้องอาศัยผู้ช่วย1คนในการส่งอุปกรณ์ช่วยเดินให้และช่วยในขณะลื่น

หรือเดินบนพื้นไม่เรียบเช่นพรมหนาๆ

12 : สามารถเดินได้ด้วยตนเองหรือร่วมกับอุปกรณ์ช่วยเดินในระยะไม่เกิน50เมตรแต่ต้องมีคนคอยระวังเพื่อความปลอดภัยและเดินได้ช้ากว่าปกติ

15 : สามารถเดินได้ด้วยตนเองหรือร่วมกับอุปกรณ์ช่วยเดินโดยไม่ต้องมีผู้ดูแล

#### 8. หรือการใช้รถเข็นนั่ง ( or Wheel chair ) \*\*ไม่ต้องประเมินถ้าผู้ป่วยสามารถเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง\*\*

0 : มีผู้เข็นรถเข็นนั่งให้ทั้งหมด

1 : สามารถเข็นรถเข็นนั่งเองได้ในระยะสั้นๆเฉพาะบนพื้นราบและเรียบแต่ส่วนใหญ่ต้องมีผู้ช่วยเข็นให้และต้องการความช่วยเหลือในทุกขั้นตอนการใช้เช่นเบรกล้อปรับที่วางแขนใส่ที่รองนั่ง

3 : สามารถเข็นรถเข็นนั่งเองได้แต่ยังต้องมีผู้ช่วยเช่นการนำรถเข็นไปที่โต๊ะ/เตียงหรือในที่แคบ

4 : สามารถเข็นรถเข็นนั่งได้ด้วยตนเองในเวลาที่เหมาะสมอาจต้องมีผู้ช่วยเล็กน้อยเมื่อต้องผ่านมุมแคบ

5 : สามารถเข็นรถเข็นนั่งได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเป็นระยะทางอย่างน้อย 50 เมตร

#### 9. การเคลื่อนย้าย ( Chair/Bed Transfer )

0 : ไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเองได้เลยต้องมีผู้ช่วย 2 คนในการเคลื่อนย้าย

3 : มีส่วนร่วมในการเคลื่อนย้ายเล็กน้อยต้องการความช่วยเหลืออย่างมากในทุกขั้นตอน

8 : ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายบางส่วนในบางขั้นตอน

12 : ต้องการผู้ดูแลเพื่อความมั่นใจหรือเพื่อความปลอดภัยสามารถใช้ sliding board ปรับที่วางเท้าล้อคล้อได้ด้วยตนเอง

15 : สามารถเคลื่อนย้ายตัวจากรถเข็นขึ้นลงเตียงหรือจากเก้าอี้ไปเตียงได้เองอย่างปลอดภัยและถูกขั้นตอน(รวมถึงการเปลี่ยนท่าจากนอนไปนั่งหรือนั่งไปยืน)โดยไม่ต้องการผู้ช่วยอาจใช้เวลานานกว่าปกติแต่ไม่เกิน3เท่า

## 10. การขึ้นลงบันได ( Stair Climbing )

- 0 : ไม่สามารถขึ้นลงบันไดได้เลย
- 2 : อาศัยผู้ช่วยเป็นส่วนใหญ่ในทุกขั้นตอนรวมถึงการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินร่วมด้วย
- 5 : สามารถขึ้นลงบันไดได้แต่ไม่สามารถถืออุปกรณ์ช่วยเดินไปด้วยได้ ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือบางส่วน
- 8 : ไม่ต้องมีคนช่วยแต่ต้องมีผู้คอยดูเพื่อความปลอดภัย
- 10 : สามารถขึ้นลงบันไดเองโดยปลอดภัย โดยอาจใช้ราวจับหรืออุปกรณ์ช่วยเดินและสามารถถืออุปกรณ์ช่วยเดินขึ้นลงไปพร้อมกันได้



### ส่วนที่ 3 : แบบสอบถามความเหนื่อยล้า

**คำชี้แจง** แบบประเมินความเหนื่อยล้าประกอบด้วย 9 ข้อคำถามข้อความข้างล่างนี้เป็นข้อความที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของความเหนื่อยล้ากรุณาอ่านข้อความให้ชัดเจนแล้วเลือกวงกลม (○) หมายเลข 1-7 เพียงหนึ่งหมายเลขในแต่ละหัวข้อตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน**ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา**โดยหากท่านเลือกทำเครื่องหมายที่หมายเลข1หมายความว่าท่าน**ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง**กับข้อความนั้นและหากท่านเลือกทำเครื่องหมายที่หมายเลข7 หมายความว่าท่าน**เห็นด้วยอย่างยิ่ง**และกรุณาตอบทุกข้อคำถาม

ในระยะเวลา1สัปดาห์ที่ผ่านมาฉันพบว่า	ไม่เห็นด้วย							เห็นด้วย						
	อย่างยิ่ง							อย่างยิ่ง						
1.แรงจูงใจของฉันลดลงเมื่อฉันมีความเหนื่อยล้า	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
2.การออกกำลังกายทำให้ฉันเหนื่อยล้า	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
3.ฉันรู้สึกเหนื่อยล้าได้ง่าย	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
4.ความเหนื่อยล้ารบกวนสมรรถภาพทางกายของฉัน	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
5.ความเหนื่อยล้าสร้างปัญหาให้ฉันบ่อยๆ	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
6.ความเหนื่อยล้าเป็นอุปสรรคในการคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกาย	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
7.ความเหนื่อยล้ามีผลกระทบต่อการทำงานที่และความรับผิดชอบในงานบางประการ	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8.ความเหนื่อยล้าเป็นหนึ่งในสามอาการสำคัญที่ทำให้ฉันทำสิ่งต่างๆได้ลดลง	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
9.ความเหนื่อยล้ามีผลกระทบต่อการทำงานการใช้ชีวิตในครอบครัวหรือการใช้ชีวิตในสังคมของฉัน	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
<b>คะแนนรวม</b>														

#### ส่วนที่ 4 : แบบสอบถามอาการปวด

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย  ลงในที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

1. ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีอาการปวดหรือไม่

1. ไม่มี
2. มี (โปรดระบุตำแหน่งที่เกิดอาการปวด)
- 2.1 ปวดแสบปวดร้อนที่ผิวหนัง
- 2.2 ปวดศีรษะ
- 2.3 ปวดไหล่
- 2.4 ปวดจากอาการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ
- 2.5 อื่นๆ...ระบุ.....

2. โปรดทำเครื่องหมาย x ลงบนตัวเลขเพื่อระบุความรุนแรงของความปวด



โดยคะแนนแต่ละระดับมีความหมายดังต่อไปนี้

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มี	ปวดน้อย			ปวดปานกลาง			ปวดมาก			ปวด
อาการ	ไม่มีความทุกข์ทรมาน			รู้สึกทุกข์ทรมานจาก			รู้สึกทุกข์ทรมาน			รุนแรงจน
ปวด	ไม่รู้สึกกังวลใดๆ			อาการปวดพอสมควร			จากอาการปวดมาก ทำให้			ทน
	ต่ออาการปวดในขณะนี้			มีความกังวลไม่มากนัก			ให้เกิดความกังวลมาก			ไม่ไหว
				ยังมีความรู้สึกว่าจะ			และไม่สามารถนอน			
				สามารถทนได้			หลับพักผ่อนได้			

### ส่วนที่ 5 : แบบสอบถามวิธีการเผชิญกับความเครียด

**คำชี้แจง** ขอให้ท่านนึกย้อนถึงช่วงเวลาที่ผ่านมา ตั้งแต่ท่านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและออกจากโรงพยาบาลจนถึงขณะตอบแบบสอบถามนี้ ว่าท่านใช้วิธีใดบ้างในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น และใช้วิธีนั้นบ่อยครั้งแค่ไหนโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อจะมีเพียงคำตอบเดียวโดยมีเกณฑ์ในการเลือกดังนี้

ข้อที่	วิธีการเผชิญความเครียด	ไม่ได้ใช้	ใช้นานๆ ครั้ง	ใช้บ้าง ครั้ง	ใช้บ่อย	ใช้ตลอดเวลา
1.	กังวลใจ					
2.	ระบายความเครียดโดยการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายมากขึ้น					
	.....					
	.....					
11.	ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์แบบเดียวกัน					
12.	เตรียมการเกี่ยวกับความเลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้น					
	.....					
	.....					
21.	ตำหนิผู้อื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา					
22.	พยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างจริงจัง					
23.	ระบายอารมณ์กับคนและสิ่งของ					
	.....					
	.....					
35.	บอกกับตนเองว่าไม่ต้องวิตกกังวล ทุกอย่างจะดีขึ้น					
36.	มองสิ่งใหม่ที่ต้องการอย่างแท้จริงและดีที่สุด					

### ส่วนที่ 6 : แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ( ✓ ) ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

- ไม่มีเลย หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆเลยในความรู้สึกของท่าน
- มีบ้างเล็กน้อย หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆบ้างเล็กน้อย
- ปานกลาง หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆเป็นบางครั้ง
- เกือบตลอดเวลา หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆบ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง
- ตลอดเวลา หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆทุกครั้งในความรู้สึกของท่าน

ข้อคำถาม	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	เกือบตลอดเวลา	ตลอดเวลา
1.ท่านมีคนที่พร้อมจะรับฟังท่านในเวลาที่ท่านต้องการหรือไม่?					
2.ท่านมีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำที่ดีเวลาท่านมีปัญหาหรือไม่?					
3.ท่านมีคนที่พร้อมจะให้ความรักท่านและห่วงใยท่านหรือไม่?					
4.ท่านมีคนที่พร้อมจะช่วยท่านทำงานบ้านประจำวันหรือไม่?					
5.ท่านสามารถวางใจใครสักคนที่จะพูดคุยเรื่องปัญหาต่างๆ หรือช่วยท่านตัดสินใจในเรื่องยากๆหรือไม่?					
6.ท่านมีการติดต่อกับคนที่ท่านรู้สึกไว้วางใจและไว้วางใจได้มากเท่าที่ท่านต้องการหรือไม่?					
7.ปัจจุบันท่านแต่งงานแล้ว หรืออาศัยอยู่กับคู่ชีวิตของท่านใช่หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่		<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		

**ส่วนที่ 7: แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้สอบถามความคิดเห็นของท่านในเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย ( ✓ ) ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านทำกิจกรรมต่างๆได้ตามความสามารถของตนเองเช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว				
2. ท่านรู้ว่าตัวท่านเองมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆได้ในระดับที่แตกต่างกัน				
3. กิจกรรมบางอย่างที่ยากเกินความสามารถ ท่านยอมรับว่าท่านทำไม่ได้				
4. ท่านมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง				
5. ท่านมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเอง				
6. ท่านมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวตามการรักษาของแพทย์				
7. ท่านสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เข้ามาได้				
8. ท่านสามารถหาวิธีแก้ไขปัญหาได้หลายวิธี				
9. ท่านมีวิธีดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น แผลกดทับ ติดเชื้อ เป็นต้น				



ส่วนที่ 8 : แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**ส่วนที่ 1 คำชี้แจง** โปรดเลือกคำตอบที่อธิบายว่าท่านรู้สึกพึงพอใจอย่างไรและใส่เครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับระดับความรู้สึกพึงพอใจไม่มีถูกและผิด

สิ่งที่พึงพอใจ	ไม่พึงพอใจมากที่สุด	ไม่พึงพอใจปานกลาง	ไม่พึงพอใจเล็กน้อย	พึงพอใจเล็กน้อย	พึงพอใจปานกลาง	พึงพอใจมาก
ท่านรู้สึกพึงพอใจกับสิ่งต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด ในเวลานี้.....						
1. สุขภาพของท่าน						
2. การดูแลสุขภาพของท่าน						
.....						
.....						
10. โอกาสในการมีชีวิตที่ยืนยาว						
11. สุขภาพของสมาชิกในครอบครัวของท่าน						
12. ลูกหลานของท่าน						
.....						
.....						
.....						
27. ความสามารถในการจัดการกับความ ความต้องการด้านการเงินของท่าน						
28. สิ่งที่ท่านทำเพื่อความสนุกสนาน เพลิดเพลิน						
.....						
.....						
35. ลักษณะรูปร่างหน้าตาของท่าน						
36. ตัวของท่านเองโดยทั่วไป						

## ส่วนที่ 2

คำชี้แจง โปรดเลือกคำตอบที่บ่งบอกถึงความสำคัญสำหรับท่านและใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านให้ระดับความสำคัญนั้นไม่มีข้อถูกและผิด

สิ่งที่พึงพอใจ	ไม่พึง พอใจ มาก ที่สุด	ไม่พึง พอใจ ปาน กลาง	ไม่พึง พอใจ เล็กน้อย	พึง พอใจ เล็กน้อย	พึง พอใจ ปาน กลาง	พึง พอใจ มาก
ท่านให้ความสำคัญกับสิ่งต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด ในเวลานี้.....						
1. สุขภาพของท่าน						
2. การดูแลสุขภาพของท่าน						
3. การไม่มีความเจ็บปวด						
.....						
.....						
8. ความสามารถที่จะพูด						
9. ความสามารถที่จะควบคุมชีวิตของ ตนเอง						
.....						
.....						
.....						
21. การไม่ต้องกังวลในเรื่องใดๆ						
22. เพื่อนบ้านของท่าน						
23. บ้านหรือสถานที่ที่ท่านอยู่อาศัย						
.....						
.....						
34. การมีความพึงพอใจกับชีวิต						
35. ลักษณะรูปร่างหน้าตาของท่าน						
36. การเป็นตัวของตัวเอง						



การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ มีรายละเอียดดังนี้  
ข้อตกลงเบื้องต้น (Munro, 2001)

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาสุ่มมาจากกลุ่มประชากรที่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ซึ่งขึ้นกับการออกแบบระเบียบวิธีวิจัยเกี่ยวกับประชากรและตัวอย่าง
2. ข้อมูลของตัวแปรแต่ละตัวมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นนี้ทำได้โดยการทดสอบการแจกแจงปกติโดยใช้สถิติ Komogorov - Smirnov test
3. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ตรวจสอบโดยทำ scatter plot ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม กราฟที่ได้ควรมีลักษณะเชิงเส้นตรง หรือตรวจสอบโดยทำการทดสอบการกระจายแบบปกติของค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการทำนายตัวแปรตาม ถ้าผลการทดสอบพบว่า การกระจายของค่าความคลาดเคลื่อนเป็นแบบปกติหมายถึง ตัวแปรตามที่ใช้ในการวิเคราะห์มีการกระจายแบบปกติ (ข้อตกลงเบื้องต้นข้อ 2) และมีคุณสมบัติตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) (ข้อตกลงเบื้องต้นข้อ 3)
4. ค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทำค่าของผลรวมตัวแปรอิสระต้องเท่ากัน (Homoscedasticity) ตรวจสอบโดยใช้กราฟ
5. ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง การที่ความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์กันเองเรียกว่า autocorrelation ตรวจสอบโดยการทำกราฟระหว่างตัวแปรอิสระบนแกน X และตัวแปรความคลาดเคลื่อนบนแกน Y หรือการใช้สถิติ Durbin-Watson ในการทดสอบ
6. ตัวแปรอิสระทั้งหลายที่ใช้ศึกษาต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง การที่ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูง ( $r > .85$ ) จะทำให้เกิดปัญหาเรื่อง Multicollinearity (Munro, 2001)

**ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 1 :** เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบ 3 ขั้นตอน (Three - Stage Sampling)

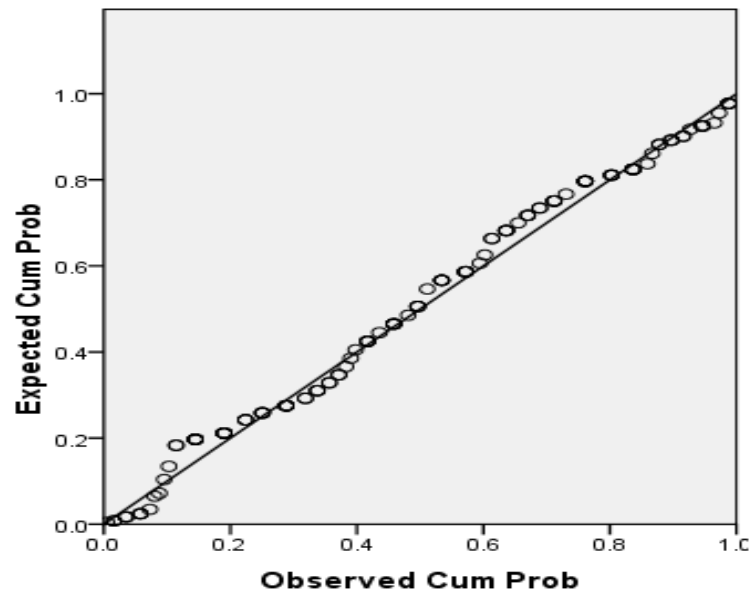
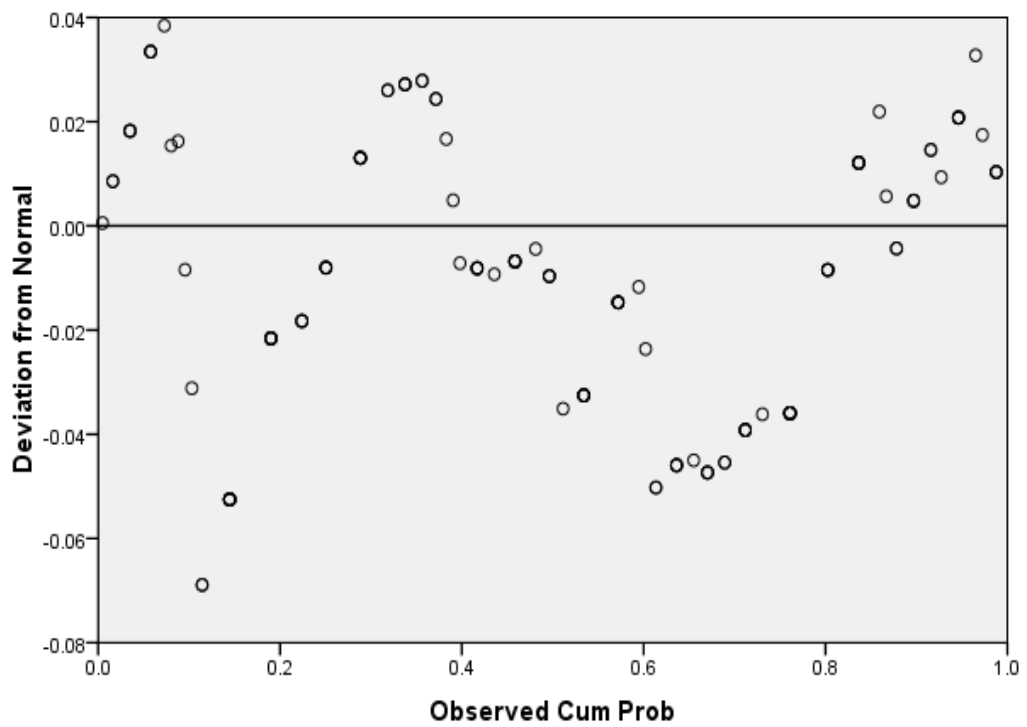
**ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 2 :** ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทุกตัวต้องเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution) สามารถทดสอบโดยใช้ Kolmogorov-smirnov test จากตารางแสดงผลการวิเคราะห์การแจกแจงของความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการทำนายตัวแปรตาม โดยใช้สถิติ Kolmogorov - Smirnov Test พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ยกเว้นความเหนียวล้าและการเผชิญปัญหา แสดงว่าข้อมูลในตัวแปรดังกล่าว มีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถดถอยเชิงเส้นตรงแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

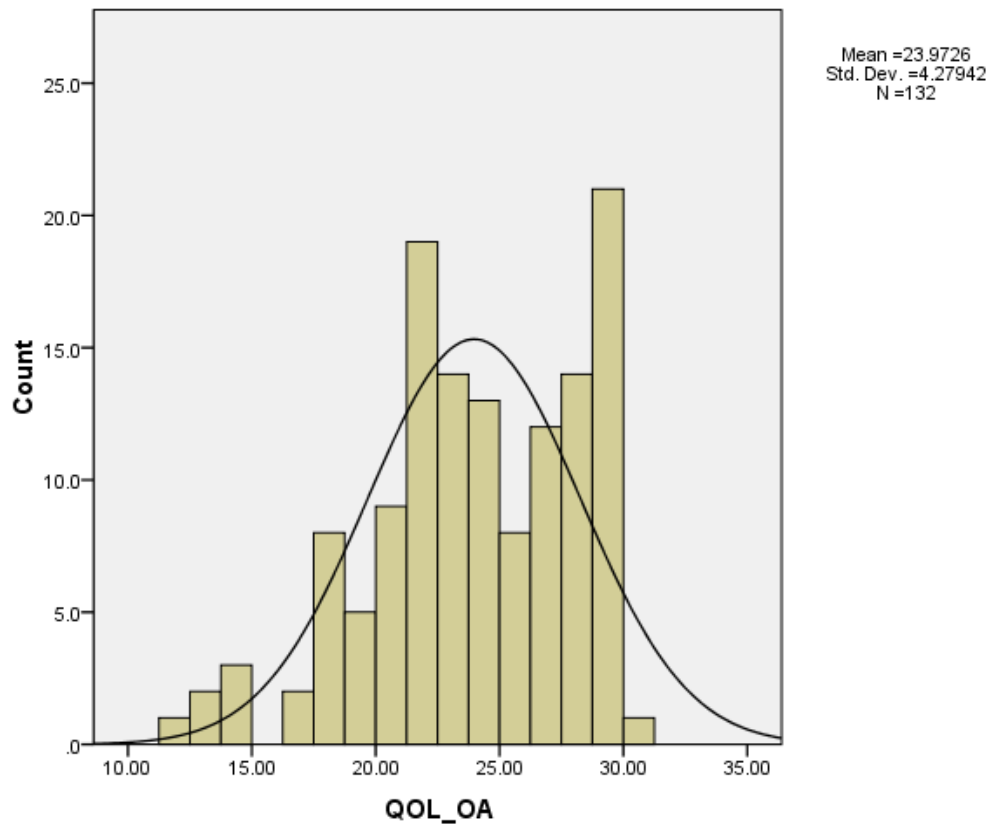
ตารางที่ 17 Test of Normality

	Kolmogorov- Smirnov	Asymp. Sig. (2-tailed)	Mean	SD
1.สภาวะด้านการทำหน้าที่	4.261	0.000	94.53	15.73
2.ความเหนื่อยล้า	1.351	0.052	33.64	15.73
3.อาการปวด	4.172	0.000	1.73	2.32
4.การเผชิญปัญหา	0.887	0.410	124.71	19.62
5.การสนับสนุนทางสังคม	1.848	0.002	24.89	4.62
6.การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	2.176	0.000	31.34	5.29
7.คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	1.933	0.001	181.89	29.19

**ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 3 :** ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง(Linearity) ตรวจสอบโดยทำ scatter plot ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม กราฟที่ได้ควรมีลักษณะเชิงเส้นตรง หรือตรวจสอบโดยทำการทดสอบการกระจายแบบปกติของค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการทำนายตัวแปรตาม ถ้าผลการทดสอบพบว่า การกระจายของค่าความคลาดเคลื่อนเป็นแบบปกติ หมายถึง ตัวแปรตามที่ใช้ในการวิเคราะห์มีการกระจายแบบปกติ (ข้อตกลงเบื้องต้นข้อ 2) และมีคุณสมบัติตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) (ข้อตกลงเบื้องต้นข้อ 3)

**ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 4 :** ค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทำค่าของผลรวมตัวแปรอิสระต้องเท่ากัน(Homoscedasticity) ตรวจสอบโดยใช้กราฟ

**Normal P-P Plot of TStress****Detrended Normal P-P Plot of TStress**



**ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 5 :** ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายและตัวแปรเกณฑ์ต้องมีความเป็นอิสระต่อกัน ทดสอบโดยสถิติ Durbin - Watson แสดงในตารางที่ 15 จากการทดสอบพบว่า ค่า Durbin - Watson เท่ากับ 1.843 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรเป็นอิสระต่อกันเนื่องจากค่า Durbin - Watson ที่สรุปได้ว่าไม่เกิดปัญหา Error term มีความสัมพันธ์กันเอง (Autocorrelations) ควรมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5 - 2.5

**ตารางที่ 18** ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายและตัวแปรเกณฑ์

Model	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R <sup>2</sup> Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.498 <sup>a</sup>	.248	.242	25.41252	.248	42.834	1	130	.000	
2	.610 <sup>b</sup>	.373	.363	23.29987	.125	25.644	1	129	.000	
3	.630 <sup>c</sup>	.397	.383	22.92149	.025	5.294	1	128	.023	1.843

a. Predictors: (Constant), การสนับสนุนทางสังคม

b. Predictors: (Constant), การสนับสนุนทางสังคม, การเผชิญปัญหา

c. Predictors: (Constant), การสนับสนุนทางสังคม, การเผชิญปัญหา, อาการปวด

d. Dependent Variable: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ



**ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 6 :** ตัวแปรอิสระไม่ควรมีความสัมพันธ์กันเองในระดับที่สูง คือไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (multicollinearity) สามารถทดสอบได้โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายทุกตัว โดยใช้วิธี Simple correlation technique และนำเสนอในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์ (correlation matrix) ดังแสดงในตารางที่ 14 พบว่าไม่มีตัวแปรทำนายตัวใดที่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง ใช้เกณฑ์การพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระในระดับสูงของ Burn & Grove (1993) เกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่า .65 ขึ้นไป

**ตารางที่ 19** ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์ (correlation matrix) (n = 132)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1.สภาวะด้านการทำหน้าที่	1.00						
2.ความเหนื่อยล้า	-.199 <sup>*</sup>	1.00					
3.อาการปวด	-.014	.203 <sup>*</sup>	1.00				
4.การเผชิญปัญหา	.291 <sup>**</sup>	-.352 <sup>**</sup>	-.0161	1.00			
5.การสนับสนุนทางสังคม	-.021	-.0152	-.028	.219 <sup>*</sup>	1.00		
6.การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.252 <sup>**</sup>	-.344 <sup>**</sup>	-.0102	.256 <sup>**</sup>	.519 <sup>**</sup>	1.00	
7.คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	.194 <sup>*</sup>	-.308 <sup>**</sup>	-.303 <sup>**</sup>	.515 <sup>**</sup>	.485 <sup>**</sup>	.510 <sup>**</sup>	1.00

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

**ตารางที่ 20** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (n=132)

ตัวแปรที่ศึกษา	$\bar{X}$	SD
<b>การเผชิญหน้ากับปัญหา</b>	<b>3.31</b>	<b>0.84</b>
มองสิ่งใหม่ที่ต้องการอย่างแท้จริงและดีที่สุด	3.72	1.12
พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา	3.64	1.04
พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและทุกแง่มุม	3.61	1.18
พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้	3.55	1.16
ลองแก้ปัญหาหลายวิธี เพื่อคว้าวิธีไหนดีที่สุด	3.55	1.12
คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหา หรือควบคุมสถานการณ์	3.53	1.23
พยายามค้นหาเป้าหมาย	3.52	1.09
พยายามแก้ไขปัญหโดยแยกแยะปัญหาเป็นส่วนๆ	3.48	1.23
กำหนดเป้าหมายให้เจาะจง ชัดเจนเพื่อแก้ปัญหา	3.39	1.14
ขอกำลังใจหรือขอความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน	3.02	1.18
ปรึกษาปัญหากับผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์แบบเดียวกัน	2.82	1.31
พยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างจริงจัง	2.77	1.19
ระบายความเครียดโดยการออกกำลังกาย	2.47	1.33
<b>การจัดการด้านอารมณ์</b>	<b>3.86</b>	<b>0.61</b>
ระบายอารมณ์กับคนและสิ่งของ(ไม่ใช่)	4.42	1.02
ตำหนิผู้อื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา(ไม่ใช่)	4.35	0.90
คิดฝัน หรือเพ้อฝันไปเรื่อย(ไม่ใช่)	4.22	1.05
อารมณ์เสีย ฉุนเฉียว สาปแช่ง สบถ(ไม่ใช่)	4.11	1.08
แยกตัวอยากอยู่คนเดียวตามลำพัง(ไม่ใช่)	3.98	1.07
การกิน การสูบ การขบเคี้ยว(ไม่ใช่)	3.89	1.26
กระวนกระวาย หงุดหงิดใจ(ไม่ใช่)	3.70	0.91
กังวลใจ(ไม่ใช่)	3.36	1.07
เตรียมการเกี่ยวกับความเลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้น	2.68	1.36

ตัวแปรที่ศึกษา	$\bar{X}$	SD
<b>การบรรเทาความเครียด</b>	<b>3.35</b>	<b>0.59</b>
ถอยหนีจากสถานการณ์(ไม่ใช่)	4.03	1.00
เลิกยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น(ไม่ใช่)	3.89	1.01
บอกกับตนเองว่าไม่ต้องวิตกกังวล ทุกอย่างจะดีขึ้น	3.81	0.93
มีความหวังว่าสิ่งต่างๆจะดีขึ้น	3.70	1.10
ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง	3.67	1.10
สวดมนต์เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งที่เชื่อถือ	3.61	1.34
ยอมรับปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่างๆอาจเลวร้ายได้	3.51	1.20
พยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เพิ่มเติม	3.39	1.28
เข้านอนโดยคิดหวังว่าสิ่งต่างๆจะดีขึ้น	3.29	1.07
พยายามลืมปัญหา และคิดถึงเรื่องอื่นแทน	3.23	1.25
ปล่อยให้สถานการณ์เป็นไป	2.88	1.41
พยายามทำอะไรก็ได้ แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าจะช่วยแก้ปัญหาได้	2.86	1.25
อยู่เฉยๆ โดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายได้เอง	2.76	1.23
ปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหา หรือควบคุมสถานการณ์	2.33	1.07
<b>การเผชิญปัญหาโดยรวม</b>	<b>3.46</b>	<b>0.55</b>

**ตารางที่ 21** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (n=132)

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD
ท่านมีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำที่ดีเวลาที่ท่านมีปัญหาหรือไม่?	4.42	0.78
ท่านมีการติดต่อกับคนที่ท่านรู้สึกว่ามีกำลังใจและไว้วางใจได้มากเท่าที่ท่านต้องการหรือไม่?	4.17	0.88
ท่านสามารถวางใจใครสักคนที่จะพูดคุยเรื่องปัญหาต่างๆ หรือช่วยท่านตัดสินใจในเรื่องยากๆหรือไม่?	4.15	0.89
ท่านมีคนที่พร้อมจะช่วยท่านทำงานบ้านประจำวันหรือไม่?	4.10	1.19
ท่านมีคนที่พร้อมจะรับฟังท่านในเวลาที่ท่านต้องการหรือไม่?	4.02	1.02
ท่านมีคนที่พร้อมจะให้ความรักท่าน และห่วงใยท่านหรือไม่?	4.02	1.05
<b>การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม</b>	<b>4.15</b>	<b>0.77</b>

**ตารางที่ 22** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (n=132)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	$\bar{X}$	SD
ท่านทำกิจกรรมต่างๆได้ตามความสามารถของตนเองเช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว	3.63	0.74
ท่านมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวตามการรักษาของแพทย์	3.63	0.61
ท่านมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเอง	3.53	0.68
ท่านรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆได้ในระดับที่แตกต่างกัน	3.51	0.69
ท่านมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง	3.46	0.69
ท่านมีวิธีดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองเช่น แผลกดทับ ติดเชื้อ เป็นต้น	3.46	0.66
ท่านสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เข้ามาได้	3.42	0.78
ท่านสามารถหาวิธีแก้ไขปัญหาได้หลายวิธี	3.38	0.74
กิจกรรมบางอย่างที่ยากเกินความสามารถ	3.33	0.86
ท่านยอมรับว่าท่านทำไม่ได้		
<b>การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม</b>	<b>3.48</b>	<b>0.59</b>

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

พันตำรวจโทหญิง สุภัทรา ผิวขาว เกิดเมื่อวันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2518 ที่จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ เมื่อปี พ.ศ. 2540 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล ศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2556 ปฏิบัติหน้าที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2544 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาล สป(3) กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร. ณ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ประสาท โรงพยาบาลตำรวจ แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร

