

รายงานวิจัย

Research Articles

ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญ
ความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
Severity of Disease, Social Support, Stress and Coping among
Family Members of Stroke Patients

กุลวลี สันติเกษตริน* ดวงพร ปิยะคง[†] ขวัญแก้ว วงษ์เจริญ[†]
Kulwalee Sontigasatarin* Duangporn Piyakong[†] Kwankaew Wongchareon[†]

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*Master of Nursing Science Program in Adult and Elderly Nursing Student, Faculty of Nursing, Naresuan University

[†]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก 65000

[†] Faculty of Nursing, Naresuan University, Phitsanulok Province 65000

Corresponding author e-mail address: kulwaleesontigasatarin@gmail.com

Received: April 8, 2024

Revised: July 19, 2024

Accepted: August 26, 2024

Abstract

Stroke is a common neurological health problem and a global public health problem. The objective of the study was to study the relationships between the severity of the disease, social support, stress and coping among family members of stroke patients. This study used quantitative research methods. The samples by G*POWER program were 128 family members of stroke patients admitted to Buddhachinnaraj Phitsanulok Hospital during 24 to 72 hours. The study included all visitors to hospitalized patients in the first 24-72 hours on the Neurosurgery Ward, Male Medical Ward 1 and Female Medical Ward 2. Constructed questionnaire tool for data collection in study included the demographic questionnaire, the stress questionnaire, the coping questionnaire, the social support questionnaire and Glasgow coma score. Frequency and percentage were used to analyze. Spearman Rank Correlation Coefficient was used to analyze data for the relationships. The results revealed that the severity of the disease had no correlation with stress or coping. In addition, social support had no correlation with coping. However, social support had a significant negative correlation with stress. The findings of the study can be used by nurses to improve social support for family members of stroke patients to reduce stress.

Keywords: severity of stroke, stress, coping, social support

Buddhachinaraj Med J 2024;41(2):116-26.

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสุขภาพทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับโลก การศึกษาแบบพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกรอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาใน 24-72 ชั่วโมงแรก ณ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*POWER จำนวน 128 คน โดยศึกษาในผู้ที่มาเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 24-72 ชั่วโมงแรกทุกรายที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียด แบบวัดการเผชิญความเครียด แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม และการประเมินทางระบบประสาท นำเสนอข้อมูลด้วยค่าความถี่และค่าร้อยละ ศึกษาความสัมพันธ์ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกรอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมก็ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด แต่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของสมาชิกรอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประกอบการจัดทำแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมแก่สมาชิกรอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดความเครียดได้

คำสำคัญ: ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง, ความเครียด, การเผชิญความเครียด, แรงสนับสนุนทางสังคม
พุทธชินราชเวชสาร 2567;41(2):116-26.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease or stroke) เป็นปัญหาสุขภาพทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับโลก โดยพบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกกว่า 80 ล้านคนและมีอุบัติการณ์ (incidence) รายใหม่ทั่วโลกมากกว่า 12.2 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด¹ ในประเทศไทยพบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 34,728; 34,545 และ 36,214 ราย ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มที่สูงขึ้น²

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง สามารถแบ่งสาเหตุตามลักษณะของพยาธิสรีรวิทยาได้ ดังนี้ 1) จากภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน คือ การที่หลอดเลือดในสมองถูกขัดขวางจากเกล็ดเลือดทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมองอย่างเฉียบพลัน 2) จากภาวะหลอดเลือดสมองแตก ซึ่งเป็นความผิดปกติที่เกิดจาก

การเสื่อมของหลอดเลือดในสมอง โดยมักมีสาเหตุจากการมีโรคเรื้อรัง อายุที่มากขึ้น หรือจากการกินยาลดการแข็งตัวของเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดสมองเปราะบางและแตกในที่สุด ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายลักษณะ อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะมากหรือน้อยขึ้นกับตำแหน่งและระดับความรุนแรงของการได้รับความเสียหายที่สมอง³ อาการผิดปกติต่าง ๆ สามารถคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมงและทุเลาลงหรืออาจเกิดความสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะอย่างถาวร ซึ่งใน 24-72 ชั่วโมงแรกนั้นถือเป็นระยะเฉียบพลันและเป็นช่วงเวลาที่สามารถดูแลและส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยได้ โดยอาจเกิดความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้นและนำไปสู่ภาวะสมองเคลื่อน เซลล์สมองถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต มีความพิการและ/หรือนำไปสู่การเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว^{1,4} โดยทั่วไปจะประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองในระยะเฉียบพลันด้วยแบบประเมินที่เรียกว่า Glasgow Coma Scale (GCS) ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองเป็น 3 ระดับ : คะแนน 3-8 คะแนน หมายถึง สมองบาดเจ็บ

แบบรุนแรงมาก (severe) คะแนน 9 -12 คะแนน หมายถึง สมองบาดเจ็บแบบรุนแรงระดับปานกลาง (moderate) และระดับคะแนน 13-15 คะแนน หมายถึง สมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อย (mild)⁵⁻⁷

ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากจะส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วย มีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปแล้วยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกภายในครอบครัวของผู้ป่วย⁸ ตามผลการศึกษาที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปี พ.ศ. 2560 ที่พบว่า เนื่องจากสังคมไทยนั้นสถาบันครอบครัวเป็นสถาบัน พื้นฐานและมีบทบาทสำคัญต่อสมาชิกทุกคนใน ครอบครัว หากมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวเจ็บป่วย มักส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ได้อย่างมากโดยทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความวิตกกังวล กลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และนำไปสู่ การเกิดความเครียด^{7,9} ตามที่มีผลการศึกษาพบว่า ความเครียดเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับ สิ่งแวดล้อม โดยบุคคลผู้นั้นจะประเมินด้วยตนเองว่า สถานการณ์นั้นๆ เป็นสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตราย และสามารถจัดการได้หรือไม่ ถ้าบุคคลนั้นประเมินว่าเป็น สิ่งคุกคามหรืออันตรายและจัดการไม่ได้ก็จะเกิดความ เครียดขึ้น¹⁰ นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาที่พบว่าความ เครียดของสมาชิกในครอบครัวสามารถเกิดขึ้นได้ทันที หลังจากผู้ป่วยได้รับอันตรายที่สมอง เนื่องจากอาการ ผู้ป่วยที่ไม่คงที่ มีอุปกรณ์การช่วยชีวิตที่ไม่คุ้นเคย¹¹ รวมทั้งเช่นเดียวกับผลการศึกษาที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย Florida Atlantic ปี ค.ศ. 2008 นอกจากนี้การรับรู้ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถ รักษาให้หายหรือไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับมาเป็น ปกติเหมือนเดิมได้ และกลัวว่าผู้ป่วยอาจเสียชีวิต¹¹⁻¹² ดังนั้นความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอาจ สัมพันธ์กับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองได้

นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาที่พบว่าเมื่อบุคคล ประเมินสถานการณ์ว่าเป็นสิ่งคุกคามก็จะประเมินแหล่ง ประโยชน์หรือแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อเผชิญกับ เหตุการณ์หรือความเครียดนั้น ทั้งนี้การเจ็บป่วยด้วยโรค

หลอดเลือดสมองเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน และไม่คาดคิด ส่งผลต่อสมาชิกครอบครัวทำให้เกิด ความรู้สึกวิตกกังวล เครียด ถ้าสมาชิกครอบครัว มีแรงสนับสนุนทางสังคมเพียงพอซึ่งอาจเป็นข้อมูล/ คำแนะนำ กำลังใจ ความรัก ความเอาใจใส่ การช่วยเหลือ จากบุคคลอื่น และวัตถุประสงค์ของอาจทำให้ความเครียด ลดลงได้¹⁰ จากผลการศึกษาในอดีตพบว่าแรงสนับสนุน ทางสังคมเกี่ยวข้องกับทางลบกับระดับความเครียดของ ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹³⁻¹⁴ แต่บางการศึกษาพบว่า ความเครียดของผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่สัมพันธ์กับความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹⁵⁻¹⁷

อย่างไรก็ตาม เมื่อบุคคลเกิดความเครียดจะเผชิญ กับความเครียดเพื่อจัดการความเครียดที่กำลังเผชิญอยู่ เพื่อให้สามารถกลับสู่ภาวะสมดุลได้มากที่สุด ถ้าบุคคล เกิดความเครียดอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถเผชิญกับ ความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลให้บุคคลนั้น เสียสมดุลของร่างกายและอาจเกิดความเจ็บป่วยด้าน ร่างกายหรือจิตใจตามมา¹⁸ การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping)¹⁰ ผู้ที่เผชิญความเครียดได้ดีจะสามารถปรับตัวกับ สถานการณ์ที่เผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ (effectiveness หรือ efficacy) ซึ่งมีผลการศึกษาที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปี พ.ศ. 2565 พบว่าระดับความรุนแรงของโรคและแรงสนับสนุนทาง สังคมสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากร ทางการแพทย์สัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับความรุนแรงของโรค ไม่สัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด¹⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการ เผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองยังขัดแย้งกัน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของ โรคและแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและ

การเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาวางแผนให้การพยาบาลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความรุนแรงของโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน เพื่อป้องกันหรือลดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งเพื่อวางแผนการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาแบบพรรณนาครั้งนี้ศึกษาความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ซึ่งโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น²⁰ รับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกระดับความรุนแรง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER โดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ของ Cohen²¹ เท่ากับ 0.3 กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 116 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 128 คน ศึกษาในผู้ที่มาเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 24-72 ชั่วโมงแรกทุกรายที่ผู้ป่วยสลายกรรมประสาท หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือไม่เกี่ยวข้องทางสายเลือดกับผู้ป่วยก็ได้ แต่อาศัยอยู่ร่วมกันในบ้านเดียวกันและเป็นผู้ที่มาเยี่ยมผู้ป่วยใน 24-72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน อายุ 20-60 ปี สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และยินดียินยอมมือในการวิจัย

ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ มีภาวะเจ็บป่วย ได้แก่ ปวดศีรษะ มีไข้ขณะดำเนินการวิจัย และตอบแบบสอบถามไม่ครบตามเกณฑ์โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนจากการร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาที่ดำเนินการโดยไม่มีผลใด ๆ มีอิสระและสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม แสดงความคิดเห็นในการตอบตรงตามความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม และจะทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามมี 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ศาสนา การศึกษา และอาชีพ โดยจะให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง ส่วนข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค จำนวนชั่วโมงที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และระดับความรู้สึกรู้ตัวของผู้ป่วยนั้นผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งใช้ของ Suanpan และคณะ²² โดยไม่ได้ดัดแปลงข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เคย (0 คะแนน) เกือบไม่เคย (1 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) ค่อนข้างบ่อย (3 คะแนน) และเป็นประจำ (4 คะแนน) มีจำนวน 20 ข้อ รวมคะแนนอยู่ระหว่าง 0-80 โดยแปลผลคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 0-26.67 หมายถึง มีความเครียดในระดับต่ำ

ค่าคะแนนเฉลี่ย 26.68-53.34 หมายถึง มีความเครียดในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 53.35-80.00 หมายถึง มีความเครียดในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบวัดการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งนำมาจากผลการศึกษาที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ของคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลั Florida Atlantic ปี ค.ศ. 2014 โดยไม่ได้ดัดแปลงข้อคำถาม มีจำนวน 66 ข้อ เป็นมาตราส่วน

ประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ตั้งแต่ไม่เคยใช้ (1 คะแนน) ใช้บ้าง (2 คะแนน) ใช้บ่อย (3 คะแนน) และใช้บ่อยมาก (4 คะแนน) แปลผลค่าความสามารถในการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 66.00-132.00 หมายถึง สามารถเผชิญความเครียดได้น้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 132.01-198.01 หมายถึง สามารถเผชิญความเครียดได้ปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 198.02-264.00 หมายถึง สามารถเผชิญความเครียดได้มาก

ส่วนที่ 4 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งใช้ของ Suanpan และคณะ²² โดยไม่ได้ดัดแปลงข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ “ไม่ได้เลย” ให้ 0 คะแนน จนถึง “มากที่สุด” ให้ 4 คะแนน มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ รวมคะแนนอยู่ระหว่าง 0-72 คะแนน โดยแปลผล ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 0-24 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

ค่าคะแนนเฉลี่ย 25-48 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 49-72 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 ไปทดลองใช้ในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถามแต่ละชุด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

ความเครียดเท่ากับ 0.80, ของแบบสอบถามการเผชิญความเครียดเท่ากับ 0.80 และของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.86 หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ระบุรหัส บันทึกลงคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปนำเสนอข้อมูลเป็นค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงและแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's product moment correlation coefficient) อนึ่ง การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ตามเอกสารหมายเลข P2-0299/2566 วันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ. 2566 และคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตามเอกสารหมายเลข 187/2566) วันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพศหญิง 81 คน (ร้อยละ 63.3) อายุระหว่าง 31-40 ปี 46 คน (ร้อยละ 35.9) มีสถานภาพสมรสคู่ 87 คน (ร้อยละ 69) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า 48 คน (ร้อยละ 37.5) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร 58 คน (ร้อยละ 45.3) (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน 57 คน (ร้อยละ 44.5) ระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางและระดับรุนแรงอย่างละ 44 คน (ร้อยละ 34.4) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 128)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	47 (36.7)
หญิง	81 (63.3)
อายุ (ปี) (ค่าเฉลี่ย = 40.86, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.07)	
20-30 ปี	22 (17.2)
31-40 ปี	46 (35.9)
41-50 ปี	44 (34.4)
51-60 ปี	16 (12.5)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	25 (19.5)
มัธยมศึกษา	26 (20.3)
อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร	29 (22.7)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	48 (37.5)
สถานภาพสมรส	
โสด	34 (26.6)
คู่	87 (68.0)
แยกกันอยู่	4 (3.1)
หม้าย	3 (2.3)
ความสัมพันธ์	
บุตร ธิดา	58 (45.3)
หลาน	9 (7.0)
สามี ภรรยา	17 (13.3)
พี่ น้อง	9 (7.0)
ลุง ป้า น้า อา	6 (4.7)
บิดา มารดา	15 (19.6)
ปู่ ย่า ตา ยาย	4 (3.1)

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 128)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
การวินิจฉัยโรค	
หลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน	57 (44.5)
หลอดเลือดสมองชนิดแตก	54 (42.2)
หลอดเลือดสมองที่มีหลอดเลือดผิดปกติ	17 (13.3)
สถานที่ผู้ป่วยเข้ารักษา	
หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท	71 (55.5)
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1	35 (27.3)
หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2	22 (17.2)
จำนวนชั่วโมงที่เข้ารักษา	
24 ชั่วโมง	39 (30.5)
48 ชั่วโมง	70 (54.7)
72 ชั่วโมง	19 (14.87)
ระดับความรุนแรง*	
Mild (13-15 คะแนน)	40 (31.2)
Moderate (9-12 คะแนน)	44 (34.4)
Severe (3-8 คะแนน)	44 (34.4)

*ประเมินด้วย Glasgow Coma Scale⁵⁻⁷

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในงานวิจัยนี้มีคะแนนความรุนแรงในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย = 10.2, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.62) โดยสมาชิกรอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนความเครียดโดยรวมในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย = 32.4, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.03) มีคะแนนการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย = 156.6, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 18.83) และมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย = 45.6, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.69)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของสมาชิกรอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

ของสมาชิกรอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -0.04$, $p = 0.640$) แต่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดของสมาชิกรอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.21$, $p = 0.021$) นอกจากนี้ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญความเครียดของสมาชิกรอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสมาชิกรอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = 0.09$, $p = 0.310$) และแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสมาชิกรอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = 0.05$, $p = 0.602$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 128)

ตัวแปรต้น	ความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value ^a
ความรุนแรงของโรค	-0.04	0.640
แรงสนับสนุนทางสังคม	-0.21	0.021

ตัวแปรต้น	การเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value ^a
ความรุนแรงของโรค	0.09	0.310
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.05	0.602

^aSpearman's product moment correlation coefficient

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเมื่อพิจารณาจากทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman¹⁰ ที่ว่าความเครียดเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ ซึ่งในที่นี้คือความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตาม Lazarus และ Folkman¹⁰ ยังระบุว่าความเครียดของบุคคลไม่ได้ขึ้นกับระดับความรุนแรงของโรคเพียงอย่างเดียว ยังมีปัจจัยอื่น เช่น หอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา อุปกรณ์ช่วยชีวิตที่ติดตัวผู้ป่วย และประสบการณ์เดิม จึงทำให้ความเครียดของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับสถานการณ์ที่หลากหลายไม่ใช่ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว จึงทำให้ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่สัมพันธ์กับระดับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง²⁰ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปี พ.ศ. 2556 ที่พบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ทุกรายในระยะเฉียบพลันไม่ว่าจะมีความรุนแรงระดับใดก็ตาม สมาชิกครอบครัวจะมีความวิตกกังวล สับสน เครียด เนื่องจากความไม่แน่นอนของโรค อาการของผู้ป่วย สภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยกับผู้ป่วยเมื่อรักษาตัวในหอผู้ป่วย ไม่คุ้นเคยกับบุคลากร

ทางการแพทย์ การมองเห็นและการได้ยินเสียงสัญญาณจากอุปกรณ์การช่วยชีวิต รวมถึงกลัวว่าผู้ป่วยจะพิการหรือเสียชีวิต ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเกิดความเครียด ผลศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่จะเน้นให้พยาบาลเห็นความสำคัญของความเครียดของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรกเพื่อวางแผนการพยาบาลเพื่อลดหรือป้องกันการเกิดความเครียดของสมาชิกครอบครัวไม่ว่าผู้ป่วยจะมีระดับความรุนแรงอย่างไรก็ตาม

นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ยังพบว่าความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจเป็นเพราะความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน (24-72 ชั่วโมงแรก) เป็นระยะที่ผู้ป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาทำให้สมาชิกครอบครัวกลัวหรือกังวลว่าผู้ป่วยจะมีอาการแย่ลงหรือเสียชีวิตได้ ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียดและพยายามจัดการกับความเครียดที่กำลังเผชิญซึ่งมี 2 ลักษณะคือการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ แต่ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยในการศึกษานี้อยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (ร้อยละ 34.4 และ 34.4) ทำให้สมาชิกครอบครัวไม่สามารถแก้ปัญหาได้โดยตรง อาการของโรคยังคงอยู่และยังไม่แน่นอน ประกอบกับความ

สามารถในการเผชิญความเครียดของบุคคลยังขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น ประสบการณ์เดิม ความเชื่อมั่น หรือความมั่นคงทางอารมณ์ตามผลงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปี พ.ศ. 2556 ซึ่งสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษานี้ไม่เคยมีประสบการณ์มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน จึงอาจทำให้ความสามารถในการเผชิญความเครียดไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นไม่สัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัว

นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือเมื่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ระดับความเครียดจะลดลง สอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปี พ.ศ. 2560 ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีความเครียดลดลง และสอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปี พ.ศ. 2556 ที่พบว่าคนที่สมาชิกครอบครัวได้รับแรงสนับสนุนข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ หรือแหล่งข้อมูลอื่นๆ เช่น จากเพื่อนบ้าน หนังสือ ช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้ เช่นเดียวกับผลงานวิจัยของ Sawasdinaruenart และคณะ¹¹ ที่พบว่าคนที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้ อีกทั้งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีของ Lazarus และ Folkman¹⁰ ที่ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะใช้จัดการกับเหตุการณ์ สถานการณ์ หรือสิ่งที่คุกคามบุคคล หากมีแหล่งประโยชน์หรือแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะลดหรือป้องกันความเครียด ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นข้อมูลข่าวสาร ความรู้ บุคคล กำลังใจ สิ่งของ หรือการบริการต่างๆ²³ ที่จะช่วยลดความเครียดของสมาชิกครอบครัว

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษานี้ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่สมาชิกครอบครัวเพื่อป้องกันหรือลดการความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันได้

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับทั้งด้านข้อมูล สิ่งของ หรือด้านจิตใจช่วยให้สมาชิกครอบครัวสามารถเผชิญความเครียดโดยการรับมือกับอารมณ์เท่านั้น โดยทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกดีขึ้น แต่แรงสนับสนุนที่สมาชิกครอบครัวได้รับนั้นไม่สามารถนำไปจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้โดยตรง ผู้ป่วยยังมีอาการไม่ดีขึ้น หรือความรุนแรงไม่ลดลง ทำให้สมาชิกครอบครัวไม่สามารถเผชิญความเครียดได้ ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปี พ.ศ. 2556 ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเผชิญความเครียด

ข้อมูลที่น่าเสนอนี้สรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับอาการ การรักษา แนวทางการช่วยเหลือ ช่องทางการช่วยเหลือ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ เช่น การปลอบใจ การให้กำลังใจ และการพูดคุยอย่างเป็นมิตรแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในขณะที่มาเยี่ยมให้มากขึ้น ควรจัดหาแหล่งทรัพยากรและแหล่งให้การช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรืออาจทำโครงการหรือกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวที่เผชิญปัญหาเดียวกันเพื่อเป็นการเพิ่มพลัง (empowerment) ให้แก่สมาชิกครอบครัวที่กำลังเผชิญปัญหาหายใหม่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนเสร็จสิ้นกิจกรรมการวิจัยเหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาของผู้วิจัยที่ให้การกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากผลงานวิจัยนี้ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกคน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแนวทางในการให้การพยาบาลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดความเครียดและสามารถเผชิญกับความเครียดได้

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO) global stroke fact sheet 2022 [internet]. New Zealand: Faculty of Health and Environmental Sciences Auckland University of Technology Auckland; 2022 [cited 2018 Mar 29]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/17474930211065917?s=09>
2. Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D. 2012 [monograph online]. Bangkok, Thailand: Ministry of Public Health; 2022 [cited 2018 Mar 29]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic64.pdf>
3. Moonthe W, Monkong S, Sirapo-ngam Y, Leelacharas S. Impact of transitional care programme and family caregivers on stroke patients, routine activity performance complications and satisfaction. JTNC 2016;31(1):95-110.

4. Arammuang S, Toskulkao T, Leelahakul V. The effects of information and emotional support program on uncertainty of illness and stress coping among caregivers of traumatic brain injury patients. Songklanagarind J Nurs 2019;39(3):77-89.
5. Khamkon A, Buatee S, Chaichan A, Phumpu B, Ruangchaithaweesuk K. Health literacy and health behaviors to prevention of high blood pressure in elderly. JOE-MSU 2022;28(8):1-16.
6. Bogue S, Paleti R, Balan L. A modified rank ordered logit model to analyze injury severity of occupants in multivehicle crashes. Anal Meth Accid Res 2017;14(14):22-40.
7. Chiaprasert S, Dumsangsawad N, Yok-in J, Junwin B. Pressure sore prevention of person with cerebrovascular disease at home. The caregiver development in Thailand 4.0. JFONUBUU 2020;28(1):105-12.
8. Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D. 2017 [monograph online]. Bangkok, Thailand: Ministry of Public Health; 2018 [cited 2018 Mar 29]. Available from: <http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistics60.pdf>
9. Lhaosupab N, Monkong S, Sirapo-ngam Y. Effect of stress management program for relatives of critically ill patients on relative stress. Rama Nurs J 2014;20(2):67-81.
10. Lazarus R, Folkman S. Stress appraisal and coping. New York City, New York State, USA: Springer; 1984.

11. Sawasdinaruenart S, Sae-Sia W, Songwattana P. Effects of information and emotional support program on caregiver stress and stress impacts in caring for patients with traumatic brain injury in critical phase. *PNUJR* 2019;39(3):1-13.
12. Harnirattisai T, Raethong P. Perceived preparedness in caregiving among stroke's caregivers. *Thammasat J Sci Technol* 2013;21(Suppl 7):634-9.
13. Prombu P, Piase N, Sakulhongsopon S. Factors related to stress of family caregiver of patients with stroke at home. *Rama Nurs J* 2014;20(1):82-96.
14. Phimpunchaiyaboon L, Phasuk S, Angsirirak N, Boonlom N, Prakhinkit S. The relationship between social support and stress of caregivers caring for patients with schizophrenia. *J Health Nurs Res* 2021;37(3):263-7.
15. Boonsin S, Panidchakul K. Factors related to need of caregivers in stroke patients. *J Boromarajonani Coll Nurs* 2016;32(2): 68-80.
16. Oupra R, Ruengkhome C, Wongpalee J, Kantawong E. Stroke caregivers care giving experiences. *Rajabhat J Sci Human Soc Sci* 2011;12(2):50-9.
17. Ponjuntow A, Sakunhongsophon S, Terathongkum S. Effects of rehabilitation program of joints on knowledge and practice of family caregivers and range of motion of stroke patients 2010. *TJNMP* 2019;6(1):52-67.
18. Saeid Y, Ebadi A, Salaree MM, Moradian ST. Development and psychometric evaluation of the family intensive care unit's syndrome inventory. *Brain Behav* 2023;13(7):1-10.
19. Mueanchoo S, Keeratiyutawong P, Wachirawut W. Predictive factors in stress-coping ability of caregivers of spinal cord injury patients. *JTNMC* 2016;31(1):124-36.
20. Tiamkao S. 13 Years learning and development of stroke fast track in Thailand. *JHSR* 2023;17(1):191-9.
21. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, New Jersey State, USA: Lawrence Earlbaum; 1977.
22. Suanpan N, Terathongkum S, Sakunhongsophon S. Factors predicting stress on family caregivers of stroke survivors in selected community. *BCNUT J Nurs* 2019;11(2): 133-48.
23. Aiadsu N, Wongvatuny S, Chaiviboontham S. Stress and coping among family caregivers of the patients with brain tumor a waiting for cranial surgery. *Rama Nurs J* 2013;19(3):349-63.