



บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ณิรินทร์ญา ปิยะพิรกาญจน์* และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

แบบแผนงานวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำนวน 93 คน ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทย ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84, .85, .87, .80 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์อันดับ สหสัมพันธ์เพียร์แมนและสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย: 1) ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 72.83$, $SD = 0.64$) 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระดับการศึกษา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r = .659, .620, .265$ ตามลำดับ) ส่วนภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.310, -.603$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) เพศและสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สรุป: การส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อาจพิจารณานำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์จากการค้นพบในการศึกษานี้ เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งทางใจ/ ผู้สูงอายุ/ โรคหลอดเลือดสมอง

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



Selected factors related to resilience among older persons with stroke

Nirinya Piyapeerakan* and Siriphan Sasat**

Abstract

Purpose: This study aimed to examine the relationships between selected factors and resilience among older persons with stroke.

Design: Descriptive research.

Methods: The sample consisted of 93 older persons who had experienced a first stroke and were outpatients at the medicine and surgery neurology departments of King Chulalongkorn Memorial Hospital, Police General Hospital, and the Neurological Institute of Thailand. Instruments used for data collection included a demographic questionnaire, the MMSE-Thai 2002, the Barthel ADL Index, the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), the Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form, the Culture-Free Self-Esteem Inventory (CFSEI-2), and the Thai Elderly Resilience Scale. The reliability coefficients of these instruments were .84, .85, .87, .80, and .93, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Eta coefficient, Spearman's rank-order correlation coefficient, and Pearson's product-moment correlation coefficient.

Results: 1) Resilience among older persons with stroke was at a moderate level ($\bar{X} = 72.83$, $SD = 0.64$). 2) Factors positively associated with resilience included education level, self-esteem, and activities of daily living ($r = .659$, $r = .620$, and $r = .265$, respectively). 3) Factors negatively associated with resilience were depression and uncertainty in illness ($r = -.310$ and $r = -.603$, respectively). All correlations were statistically significant at the .05 level. 4) No significant correlations were found between gender or marital status and resilience.

Conclusion: Promoting resilience among older persons with stroke may benefit from addressing the identified associated factors. These findings can inform the development of interventions aimed at enhancing resilience in this population.

Keywords: Resilience/ Older persons/ Stroke

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025, 37(1) : 14-27

Article info: received June 10, 2024; revised February 24, 2025; accepted May 5, 2025

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
Piyapeerakan.n@gmail.com

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Borommaratchachonnansirisataphat Building, Pathumwan District, Bangkok 10330, Thailand.



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: CVD หรือ Stroke) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการหลังรอดชีวิตและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 และพิการอันดับ 3 ของโลก¹ สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบในผู้สูงอายุที่มีมากกว่า 75 ปี มากถึงร้อยละ 31² เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองผู้สูงอายุจะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลือ เป็นภาระผู้อื่นและทุกข์ทรมานกายและใจ สูญเสียระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ³

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การปรับตัวในทางบวกเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ยากลำบากจากการเจ็บป่วย ช่วยให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จัดการกับตนเอง และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้ว่าจะมีความบกพร่องด้านสุขภาพ กระบวนการดังกล่าวเรียกว่า Resilience สำหรับภาษาไทยมีคำแปลที่หลากหลาย เช่น ความสามารถในการฟื้นพลัง ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความยืดหยุ่นทางจิตใจและอารมณ์ เป็นต้น⁴ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้คำว่า “ความเข้มแข็งทางใจ” เนื่องจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองควรมีความเข้มแข็งและแข็งแกร่งเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข⁵

การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใช้แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) ของ Grotberg (2003) กล่าวว่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถของมนุษย์ในการก้าวผ่านภาวะวิกฤตของชีวิต เพื่อให้สามารถปรับตัวและเผชิญก้าวผ่านภาวะความยากลำบากในชีวิตไปได้ดีนั้น มีองค์ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) I am เป็น

ความเข้มแข็งภายในของบุคคลนั้นเกี่ยวกับสภาพร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็ง 2) I can เป็นทักษะทางสังคมและมนุษย์สัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะแก้ปัญหา และ 3) I have เป็นปัจจัยภายนอกที่เกิดจากการเกื้อหนุนจากบุคคลอื่นหรือสิ่งอื่น⁶ ความเข้มแข็งทางใจสามารถบรรเทาปัญหาทางด้านอารมณ์และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังพบว่า การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความเข้มแข็งทางใจช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจและยอมรับกับภาวะทุพพลภาพของตนเองได้ สามารถต่อสู้กับโรค ให้ความร่วมมือในการรักษา และทำให้อาการดีขึ้น⁷

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงและสามารถจัดกระทำทางการแพทย์ รวมทั้งตัวแปรที่ต้องการการศึกษาให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยปัจจุบันในประเทศไทยพบการศึกษาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ และถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แต่เป็นการศึกษาความเข้มแข็งทางใจที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจที่เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาล เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ในด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่จะนำไปสู่การจัดกระทำทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณลักษณะเชิงบวกในการเผชิญปัญหา และก้าวผ่านภาวะวิกฤตในชีวิตไปได้ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

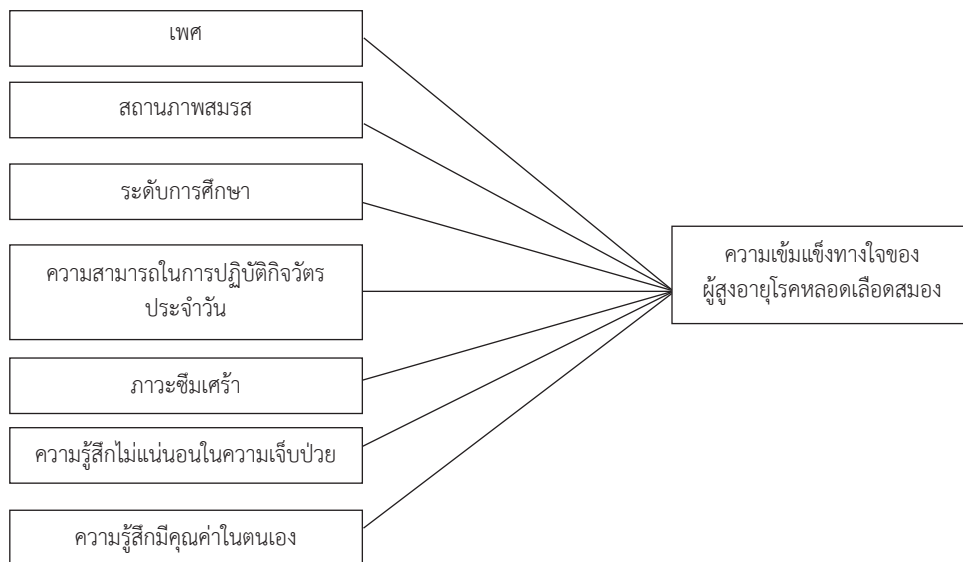


กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งมาเป็นกรอบในการวิจัย แต่ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและตัวแปรที่สามารถที่จะนำมาจัดกระทำทางการแพทย์เพื่อวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมได้ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งตัวแปรที่ต้องการการศึกษาเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น และไม่ซ้ำซ้อนกับความเข้มแข็งทางใจ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความเข้มแข็งทางใจอย่างไร
2. เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร

สมมุติฐานการวิจัย

1. เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และมารับการติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหน่วย โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่แผนกอายุรกรรมระบบประสาท และแผนกประสาทศัลยศาสตร์ของโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ สถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดตีบ/อุดตันและแตก ที่ได้รับการรักษาจนพ้น acute stage เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ขึ้นไปภายหลังการเกิดโรค
2. ไม่มีความพร่องในการรู้คิด ประเมินโดยใช้แบบประเมิน MMSE-T โดยมีคะแนน 25 คะแนนขึ้นไป
3. สื่อสารด้วยภาษาไทยและสามารถอ่านหรือฟังภาษาไทยได้

4. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท

5. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

มีภาวะวิกฤต เช่น อาการชัก หมดสติ ระดับ Glasgow Coma Scale < 8 คะแนน

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดขนาดอิทธิพลที่ระดับกลาง .30³ กำหนดอำนาจทดสอบ .80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 84 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์และป้องกันการคลาดเคลื่อนของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 93 คน

กำหนดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลโดยคำนวณจากประชากรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละโรงพยาบาลและจำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในเดือนที่ผ่านมา (พฤษภาคม 2566) พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลตำรวจมีจำนวนประมาณ 120 คนต่อเดือน สถาบันประสาทวิทยามีจำนวนประมาณ 280 คนต่อเดือน และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีจำนวนประมาณ 200 คนต่อเดือน จากนั้นผู้วิจัยได้คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการแต่ละโรงพยาบาล} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (93)} \times \text{จำนวนผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (600)}}$$



การคำนวณตามสัดส่วนทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ดังนี้ สถาบันประสาทวิทยา 43 คน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 31 คน และโรงพยาบาลตำรวจ 19 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย แบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เป็นแบบคัดกรองสภาพสมองเบื้องต้น ใช้แบบประเมิน MMSE-T (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น, 2542)

ชุดที่ 2 แบบประเมินที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเกิดโรค โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living Index) สร้างขึ้นโดย Mahoney & Barthel (1965) แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2541) เป็นแบบประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุม การขับถ่ายอุจจาระ การควบคุม การขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการขึ้นลงบันได 1 ชั้น มีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมีคะแนนรวม 0-20 คะแนน และมีการแบ่งคะแนนระดับความสามารถในการทำกิจกรรมทางร่างกาย ดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมไม่ได้ 5-8 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้น้อย 9-11 คะแนน หมายถึง

ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ปานกลาง 12-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ดี ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย เป็นแบบวัดที่กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยแปลมาจากแบบประเมิน Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage (1983) มีข้อคำถาม 30 ข้อ มาตรฐานประเมินแบบถูกผิด เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเองในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา มีคะแนนรวม 0-30 คะแนน ดังนี้ 0-12 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 13-18 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าปานกลาง 25-30 คะแนน หมายถึง มีความเศร้ารุนแรง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (The Mishel Uncertainty in Illness Scale - Community Form) แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2534) มีข้อคำถาม 23 ข้อ คำตอบมาตรฐานวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามทั้งหมดมีความหมายทางบวกและทางลบ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 23-115 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง แบ่งคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 23-53 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ 54-84 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง 85-115 คะแนน หมายถึง ระดับมาก ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (The Cultural-Free Self-Esteem Inventory: CFSEI-2) ของ Rosenberg (1965) ได้รับการแปลและแปลย้อนกลับโดย Sasat, Burnard, Edwards, et al. (2002) คำถามมีทั้งหมด 40 ข้อ แต่ละคำถามสามารถตอบว่า 'ใช่' หรือ 'ไม่ใช่' คะแนนรวม 0-40 คะแนน ดังนี้



0-8 คะแนน หมายถึง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมาก 9-16 คะแนน หมายถึง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ 17-24 คะแนน หมายถึง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปานกลาง 25-32 คะแนน หมายถึง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง 33-40 คะแนน หมายถึง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงมาก ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .80

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Elderly Resilience Scale: TER scale) ของ Maneerat et al. (2011) พัฒนามาจากแนวคิดของ Grotberg (2003) มีข้อคำถาม 24 ข้อ โดยรวมอยู่ในช่วง 24-96 คะแนน ค่าตอบมาตรฐานวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ โดยการแปลคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 24-48 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจต่ำ 49-72 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจปานกลาง 73-96 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจสูง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากสถาบันประสาทวิทยาในวันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 (รหัสโครงการ 041/2566) โรงพยาบาลตำรวจในวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2566 (รหัสโครงการ Nh073-66) และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยในวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 (รหัสโครงการ COA No. 1479/2023) และได้เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่วันที่ 20 กันยายน 2566 ถึงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเกี่ยวกับสิทธิที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูล ได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัยและจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาทั้งสิ้น การนำเสนอผลงานวิจัยนำเสนอ

ข้อมูลในภาพรวมเท่านั้นและไม่นำเสนอชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังการผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขออนุญาตใช้เครื่องมือ และการขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือ และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ในแผนกผู้ป่วยนอกระบบประสาทและสมอง เพื่อแนะนำตัว ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเอง พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย ขออนุญาตดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

4. ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบประเมินพร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และใช้เวลากลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินด้วยตนเองประมาณ 45 นาที



ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบประเมินได้ด้วยตนเองเนื่องจากปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติพรรณนา โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองวิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์อีต้า (Eta correlation coefficient)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation coefficient)

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลการคัดกรองโรคสมองเสื่อม อยู่ระหว่าง 26-30 คะแนน ($\bar{X} = 27.95$ $SD = 1.021$) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.7 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 60.20) โดยมีอายุเฉลี่ย 69.44 ปี ($SD = 5.74$) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.10) มากกว่าครึ่งหนึ่งสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 52.70) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.80) ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว (รวมผู้ป่วย) มากกว่า 4 คนขึ้นไป (ร้อยละ 60.20) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 77.40) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 4-6 ปี โดยมีค่าเฉลี่ย 3.85 ปี ($SD = 2.005$) (ร้อยละ 46.20) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันมากที่สุด (ร้อยละ 95.70) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 98.90) และผู้ป่วยหลายรายพบโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค โรคประจำตัวที่พบมาก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 91.40) รองลงมาเป็นโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูงอยู่ในสัดส่วนเท่ากัน จำนวน 34 คน (ร้อยละ 36.60) และโรคหัวใจ (ร้อยละ 15.10)



ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n = 93)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวนคน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	SD	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P-value
เพศ				.122	.639 ^a
สถานภาพสมรส				.407	.123 ^a
ระดับการศึกษา				.659*	<.001 ^b
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		19.30	1.516	.265*	.010 ^b
- ช่วยเหลือตนเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้	93 (100.00)				
ภาวะซึมเศร้า		8.33	3.64	-.310*	.003 ^c
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า	80 (86.00)				
- มีความเศร้าเล็กน้อย	13 (14.00)				
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย		84.38	7.77	-.603*	<.001 ^c
- ระดับปานกลาง	61 (65.60)				
- ระดับมาก	32 (34.40)				
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง		29.38	2.33	.620*	<.001 ^c
- รู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง	1 (1.10)				
- รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง	83 (89.20)				
- รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงมาก	9 (9.70)				
ความเข้มแข็งทางใจ		72.83	0.64		
รายด้าน					
- ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (6 ข้อ)		16.57	0.74		
- ความเชื่อมั่นในการดำรงชีวิต (5 ข้อ)		17.05	0.32		
- การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม (4 ข้อ)		11.38	0.44		
- การมีความมั่นคงทางจิตวิญญาณ (4 ข้อ)		12.36	0.33		
- ความสามารถในการผ่อนคลาย ความเครียดและการแก้ปัญหา (5 ข้อ)		15.55	0.48		

^aEta coefficient; ^bSpearman rank-order correlation; ^cPearson's product moment correlation

* $p < .05$



จากตารางที่ 1 แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ช่วยเหลือตนเองได้ และ/หรือช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 80 คน (ร้อยละ 86) รองลงมา คือ มีความเศร้าเล็กน้อย จำนวน 13 คน (ร้อยละ 14) ส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับปานกลาง จำนวน 61 คน (ร้อยละ 65.60) รองลงมา คือ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับมาก จำนวน 32 คน (ร้อยละ 34.40) ส่วนใหญ่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จำนวน 83 คน (ร้อยละ 89.20) รองลงมา คือ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงมาก จำนวน 9 คน (ร้อยละ 9.70) และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.10)

กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 72.83 (SD = 0.64) เมื่อนำมาจำแนกความเข้มแข็งทางใจออกเป็น 5 องค์ประกอบ พบว่า การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างมีระดับความเข้มแข็งทางใจ เรียงลำดับจากสูงไปต่ำ ได้แก่ ความเชื่อมั่นในการดำรงชีวิต ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและการแก้ปัญหา การมีความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.05, 16.57, 15.55, 12.36 และ 11.38 (SD = 0.32, 0.74, 0.48, 0.33 และ 0.44)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและสถานภาพสมรสกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัตรา พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X} = .122$, $p = .639$) และสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X} = .407$, $p = .123$) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์สเปียร์แมน พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .659$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .265$) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์สัน พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{xy} = -.310$) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูง กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{xy} = -.603$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{xy} = .620$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความเข้มแข็งทางใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 72.83$, $SD = 0.64$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าความเชื่อมั่นในการดำรงชีวิต ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ความสามารถในการผ่อนคลายความเครียด และการแก้ปัญหา และการมีความมั่นคงทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.20) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ที่มีอายุ 60-69 ปี แต่เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดขึ้นทันทีทันใด และส่งผลกระทบต่อการร่างกายและจิตใจ หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ หรือมีการดูแลตนเองไม่เหมาะสมจะทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่ภาวะเครียด วิตก



กังวล หรือซึมเศร้าเป็นอารมณ์เชิงลบ ทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตจากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง (ร้อยละ 89.20) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2024) ที่พบว่าการรักษาโรคหลอดเลือดสมองใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน และผู้ป่วยจะมีอารมณ์ด้านลบ⁹ แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยคือ สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน ชุมชน ทีมบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้กำลังใจในการฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วย ทำให้ระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงขึ้นและช่วยเพิ่มความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ¹⁰

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r_s = .659$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีการศึกษาสูงขึ้น แนวโน้มความเข้มแข็งทางใจจะเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 52.70) และรองลงมา คือ ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 33.30) การศึกษาที่สูงขึ้นจะระดับทางสังคมและวัฒนธรรมที่สูงขึ้น มีทักษะในการเผชิญกับปัญหาได้ดี มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ทำให้เข้าใจปัญหาสุขภาพได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Takil & Okten (2023) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹¹ อย่างไรก็ตาม พบว่า ตรงข้ามกับการศึกษาของ Lee & Yun (2018) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจเนื่องมาจากความเข้มแข็งทางใจเป็นลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง¹²

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเข้มแข็งทางใจ

ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r_s = .265$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดี แนวโน้มความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 ช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดความเครียด ลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า มีความพึงพอใจในชีวิตส่งผลให้ความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Lima et al. (2020) พบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ¹³ ตรงข้ามกับการศึกษาของ Norvang et al. (2022) พบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากความเข้มแข็งทางใจเป็นลักษณะส่วนบุคคล ไม่ส่งผลต่อการฟื้นตัวภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง¹⁴

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r_{xy} = -.310$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าสูง แนวโน้มความเข้มแข็งทางใจต่ำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 86) รองลงมามีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 14) หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับความคิดหรือเผชิญหน้ากับภาวะวิกฤตได้ จะทำให้เกิดความคิดเชิงลบตลอดเวลา การรู้คิดลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้ความสามารถในการฟื้นกลับต่ำ มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงขึ้น หากมีอาการทางบวกเพิ่มขึ้น จะทำให้การฟื้นฟูสภาพการทำงานที่ด้านร่างกายเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee & Yun (2018) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹²



ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r_{xy} = -.603$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง แนวโน้มความเข้มแข็งทางใจต่ำ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.6) รองลงมาคือ ระดับมาก (ร้อยละ 34.40) และโรคประจำตัว (ร้อยละ 98.90) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 91.40) ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นทันใด เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว เกิดความรู้สึกสงสัย กลัวสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นหรือกลัวเสียชีวิต อาการของโรคที่ไม่คงที่ ความรู้สึกไม่แน่นอนกับเหตุการณ์ในอนาคตสอดคล้องกับการศึกษาของ Ni et al. (2018) พบว่า ร้อยละ 98.10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง ส่วนใหญ่ไม่เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การพยากรณ์โรค และจากอุบัติการณ์ของโรคที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตสูง ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นอารมณ์เชิงลบ ที่จะส่งผลต่อการรักษา และส่งผลต่อการปรับตัวทางด้านจิตใจ¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ Han et al. (2021) ที่พบว่า ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ¹⁶

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r_{xy} = .620$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง แนวโน้มความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง (ร้อยละ 89.2) ผู้ป่วยหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความ

เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีความพิการหลงเหลือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีผลลัพธ์ทางด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ดี ส่งผลต่ออารมณ์ทางด้านบวกที่เพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sun et al. (2024) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ¹⁷

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายได้ว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 93 คน พบว่า เพศชาย ร้อยละ 52.70 เพศหญิง ร้อยละ 44 จึงไม่พบความแตกต่าง อาจเนื่องจากความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ยากลำบากหรือภาวะวิกฤตในชีวิต โดยจะคงที่หรือเพิ่มขึ้นเมื่อก้าวผ่านความยากลำบากหรือภาวะวิกฤตไปได้สำเร็จ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้สูงอายุเพศชายและหญิงอาจมีประสบการณ์การปรับตัวที่ไม่ต่างกันในเรื่องแวดล้อมที่คล้ายกัน จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของ Takil & Okten (2023) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ¹¹ อย่างไรก็ตาม พบว่า ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen & Tung (2021) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ และเพศหญิงมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเพศชาย¹⁸

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่สมรส (ร้อยละ 73.10) รองลงมาเป็นโสด/หม้าย/หย่า (ร้อยละ 26.90) สถานภาพสมรสคู่ทำให้ต้องรับหน้าที่ในการดูแลครอบครัวเพิ่มขึ้น การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ที่เคยรับผิดชอบได้สมบูรณ์แบบแม้ว่าจะมีคู่ชีวิตเคียงข้างและให้กำลังใจก็ตาม สังคมไทยปัจจุบันเป็นครอบครัวขยาย



ที่มีการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 3 รุ่น ผู้สูงอายุถึงแม้จะไม่ได้มีสถานภาพสมรสคู่ก็ไม่ได้รู้สึกโดดเดี่ยวหรือมีความคิดทางลบต่อการดำเนินชีวิต และได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Takil & Okten (2023) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ¹¹ ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาของ Chen & Tung (2021) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีคู่สมรสทำให้ไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว ทำให้รู้สึกว่าคุณเองไม่ต้องเผชิญปัญหาหรือความทุกข์นี้ลำพัง และมีความเข้มแข็งทางใจที่สูงขึ้น¹⁸

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยไปศึกษาในระดับปัจจัยทำนาย ซึ่งจะสามารถนำไปต่อยอดสู่การจัดการทางการแพทย์และพัฒนากายภาพบำบัดให้ดียิ่งขึ้น เพื่อช่วยพัฒนาและส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการพยาบาลและส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจให้ผู้สูงอายุปรับตัวกับโรคที่เป็นอยู่อย่างเหมาะสม

References

1. National Institute for Emergency Medicine [Internet]. Situation and trends in health and emergency medicine; 2022 [Cite 2023 Nov 5]. Available from: https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/414764_20220208161448.pdf (In Thai)
2. Samuthpongton C, Jereerat T, Suwanwela C. Stroke risk factors, subtypes and outcome in elderly Thai patients. BMC neurology. 2021; 21(1): 322.
3. Watthanee, P. Phutthawan, C. Holistic care in the rehabilitation of patients with Cerebrovascular Disease, Association of Private Higher Education Institutions of Thailand Under the Royal Patronage of SomdejPhraThepparatRajasuda Princess MahaChakri Sirindhorn. 2016; 5(2): 70-78. (In Thai)
4. Department of Mental Health. Turning bad into good RQ The power of mental health taking you through crisis and uncertainty the course of life gracefully. Nonthaburi: Beyond Publishing Company Limited; 2009. (In Thai)
5. Arunlak K, Rangsiman S. Factor related to resilience among older persons with major depressive disorder. The journal of psychiatric nursing and mental health. 2016; 30(2): 127-142. (In Thai)
6. Maneerat S, Isaramalai S, Boonyasopun U. A conceptual structure of resilience among thai elderly. International journal of behavioral science. 2011; 6: 24-40.
7. Liu Z, Zhou X, Zhang W, Zhou L. Resilience and its correlates among first ischemic stroke survivors at acute stage of hospitalization from a tertiary hospital



- in China : a cross-sectional study. *Aging & mental health*. 2020; 24(5): 828-836.
8. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
 9. Wang Y, Xie H, Sun H, Ren L, Jiang H, Chen M, Dong C. Influencing Factors of Psychological Resilience in Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of clinical neuropsychology : the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*. 2024; 39(5), 644-654.
 10. MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker ER. The impact of resilience among older adults. *Geriatric nursing* (New York, N.Y.). 2016; 37(4): 266-272.
 11. Takil M, Okten C. The relationship of functional status with self-efficacy and resilience in stroke patients. *Arch Health Sci Res*. 2023;10(2):101-107.
 12. Lee JK, Yun JY. Factor influencing resilience in hospitalized patients with stroke. *Korean journal adult nursing*. 2018; 30(4): 385-393.
 13. Lima GS, Souza IMO, Storti LB, Silva MMDJ, Kusumota L., Marques S. Resilience, quality of life and symptoms of depression among elderlies receiving outpatient care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2019; 27: 1-12.
 14. Norvang OP, Dahl AE, Thingstad P, Askim T. Resilience and Its Association with activities of daily living 3 months after stroke. *Frontiers in neurology*. 2022; 13: 1-8.
 15. Ni C, Peng J, Wei Y, Hua Y, Ren X, Su X, Shi R. Uncertainty of Acute Stroke Patients: A Cross-sectional Descriptive and Correlational Study. *The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses*. 2018; 50(4): 238-243.
 16. Han ZT, Zhang HM, Wang YM, Zhu SS, Wang DY. Uncertainty in illness and coping styles: Moderating and mediating effects of resilience in stroke patients. *World journal of clinical cases*. 2021; 9(30): 8999-9010.
 17. Sun B, Wang N, Li K, Yang Y, Zhang F. The mediating effects of hope on the relationships of social support and self-esteem with psychological resilience in patients with stroke. *BMC psychiatry*. 2024; 24(1): 340.
 18. Chen CP, Tung HH. Resilience and daily activity among patients after stroke. *Aging medicine and healthcare*. 2021; 12(4): 152-158.