



ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

Relationships among Coping, Social Support, Perceived Self-efficacy and Health Related-Quality of Life in First-Time Stroke Patients

สุภัทรา ผิวขาว^{1*}, ชนกพร จิตปัญญา², สุนิดา ปรีชาวงษ์²

¹พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*E-mail: nungorh@yahoo.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มาติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจและสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 132 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการเผชิญปัญหา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอยู่ในระดับดี การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.511, 0.509, 0.437$ ตามลำดับ)

พยาบาลจึงควรมีส่วนช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถเผชิญกับปัญหาและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น อีกทั้งควรนำผลการวิจัยไปพัฒนาเป็นโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง คุณภาพชีวิต การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน



Abstract

This descriptive research aimed to investigate relationships among coping, social support, perceived self-efficacy, and health-related quality of life in the first-time stroke patients. One hundred and thirty-two stroke patients were recruited from the out-patient units of Police General Hospital, and Prasat Neurological Institute. Samples were recruited by using proposed criteria. Research instrument was a set of questionnaires consisting of five parts: The Demographic Patients' Data Form, Coping Strategies Questionnaire, Enrich Social Support Questionnaire, Self-efficacy Questionnaire, and Quality of Life Index-Stroke Version. Questionnaires were validated by 5 experts. Reliabilities were examined using Cronbach's alpha coefficient obtained at .909, .833, .925, and .971, respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, and Pearson's Product Moment Correlation.

Results of the study revealed that the first-time stroke patients have a good level of health-related quality of life. Social support, coping and self-efficacy have significantly positively correlated with health related-quality of life at the levels of .01 ($r = 0.511, 0.509, 0.437$, respectively).

Nurses should promote perceived self-efficacy and coping in patients in order to overcome difficulties and illness. Nurses should also develop self care program further from this study in order to create quality of life for the patients.

Keywords : Stroke, quality of life, coping, social support, self-efficacy

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูงใน 1 เดือนแรก แต่อัตรารอดชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ระยะเวลา 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี เท่ากับร้อยละ 82, 78 และ 74 ตามลำดับ⁽¹⁾ ภายหลังจากการรอดชีพ พบว่า โรคมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดังนี้

ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว สูญเสียกำลังของกล้ามเนื้อ ผิดปกติเกี่ยวกับการพูด การเขียน มีปัญหาการกลืน การเคี้ยว การรับรู้ทาง



สายตาผิดปกติ การมองเห็นแคบลง ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ ตื่นบ่อยในตอนกลางคืน ผลกระทบต่อระบบการขับถ่าย ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ ท้องผูก ผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ การเกิดแผลกดทับ การยึดติดของข้อและเอ็นต่าง ๆ ข้อติดแข็งและกล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อในปอดและการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ^(2, 3, 4, 5, 6, 7) และยังพบว่า คุณภาพชีวิตด้านการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า การทำหน้าที่ของร่างกายและความปวดลดลงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก^(7, 8, 9, 10)

ด้านจิตใจพบว่า ผู้ป่วยท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า มองโลกในแง่ร้าย สูญเสียคุณค่าในตัวเอง สูญเสียภาพลักษณ์ นอกจากนี้ ยังพบภาวะอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย^(2, 3, 4, 5, 7, 11, 12)

ด้านเศรษฐกิจและสังคม ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงและว่างงานได้ ในที่สุด มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และค่าจ้างผู้ดูแล ส่งผลต่อรายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคม เก็บตัวและแยกตัวในที่สุด⁽¹³⁾

ด้านครอบครัว บทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลง เกิดการพึ่งพาในครอบครัว มีภาระเพิ่มขึ้น เพราะจากความพิการและความผิดปกติที่เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพมีผลกระทบต่อครอบครัวมากที่สุด⁽¹⁴⁾ ส่งผลให้ครอบครัวมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น^(2, 4, 15) สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับต่ำ⁽¹⁶⁾

ในระยะแรกผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลจะได้รับความช่วยเหลือโดยบุคลากรทางการแพทย์ แต่เมื่อต้องกลับไปอยู่บ้านหากผู้ป่วยและครอบครัวมีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวดีจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น จากการศึกษา⁽¹⁷⁾ พบว่าการเผชิญปัญหาสามารถทำนวยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การสนับสนุนทางสังคม เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ภายนอกตัวบุคคลที่ช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแปลความหมายของเหตุการณ์ ช่วยให้บุคคลทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁽⁵⁾ ในผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้มีความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้น อาการของโรคทุเลาลง และมีสภาวะอารมณ์เชิงลบดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่ง สามารถปรับตัวได้ มีความพึงพอใจในชีวิต⁽¹⁶⁾

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต ทำให้พฤติกรรม คุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป จากการศึกษา⁽¹⁸⁾ พบว่า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต



ดังนั้น การดูแลผู้ป่วย จึงไม่ควรมุ่งเพียงแต่เพื่อลดความรุนแรงของโรคเท่านั้น แต่ต้องให้ความสำคัญกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะในวัยผู้ใหญ่มีไม่มากนัก โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุหรือทั้งผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และปัจจัยที่ศึกษาเป็นปัจจัยด้านส่วนบุคคล ด้านประชากร และด้านโรค สำหรับการศึกษาคุณภาพชีวิตที่เน้นปัจจัยด้านพฤติกรรม ด้านจิตสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมมีน้อยมาก ผู้วิจัยจึงได้คัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม ได้แก่ การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่ยังไม่ได้มีการศึกษามาก่อนในประเทศไทย ผลที่ได้จากการศึกษานี้ จะช่วยให้เกิดประโยชน์ในการบ่งชี้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย นำไปสู่การให้การบำบัดและการพยาบาลอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ferrans et al.⁽¹⁹⁾ ซึ่งมองว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมี 4 ด้าน ได้แก่ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุตั้งแต่ 30 – 59 ปี ที่มาติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มาติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 132 ราย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้



โดยใช้สูตรคำนวณของ Thorndike⁽²⁰⁾ คือ $n = 10k + 50$ (k =ตัวแปรอิสระ) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายและความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 ราย

สุ่มสังกัดต่าง ๆ ของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมี 6 สังกัด โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ (cluster sampling) โดยเลือกสุ่มมา 2 สังกัด จาก 6 สังกัด จากการสุ่มสังกัดได้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากนั้นสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดทั้ง 2 สังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยเป็นโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ที่มีหน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์และหน่วยตรวจโรคประสาทอายุรศาสตร์ ได้ 2 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลตำรวจซึ่งโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติมีแห่งเดียว เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับตติยภูมิ ให้บริการข้าราชการตำรวจและครอบครัว ประชาชนทั่วไป และสถาบันประสาทวิทยาได้จากการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ ซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่หลักในด้านการศึกษา วิจัย และรักษาผู้ป่วยโรคระบบประสาทและสมอง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วเกิน 1 เดือน ระดับคะแนน Glasgow coma score 10 คะแนนขึ้นไป สามารถทำความเข้าใจกับข้อคำถามในแบบสอบถาม ผ่านการประเมินด้านความรู้ความเข้าใจ ด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini Mental Status Exam-Thai 2002; MMSE-Thai 2002) และสามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยและสามารถอ่านหรือฟังภาษาไทยได้ และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้นในขณะให้ข้อมูล มีความผิดปกติด้านจิตประสาท และมีประวัติภาวะสมองเสื่อมหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว แหล่งรายได้ ความพอเพียงของรายได้ การชำระค่ารักษาพยาบาล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ชีพของการเกิดอัมพาต ประวัติการใช้สารเสพติด และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน coping strategies questionnaire (CSQ)⁽²¹⁾ ซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทย⁽²²⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ การจัดการด้านอารมณ์ 9 ข้อ และการบรรเทา



ความเครียด 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น Likert scale 5 ระดับ การแปลผลคะแนนโดยการคำนวณคะแนนจริง (raw score) คือ คะแนนรวมที่ได้จากคะแนนรายข้อ 36 ข้อมาบวกกัน คะแนนที่มาก หมายถึง ผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดจากวิธีต่าง ๆ มาก คะแนนรวมทั้ง 36 ข้อ อยู่ระหว่าง 36-180 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยแบบประเมิน The ENRICH Social Support Instrument (ESSI) ที่แปลเป็นภาษาไทย⁽²³⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ข้อคำถามที่ 1-6 ค่าคะแนนเป็นมาตรวัดแบบ rating scale 5 ระดับ ส่วนข้อคำถามข้อ 7 เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ และไม่นำมาคิดคะแนน แบบสอบถามนี้ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน คะแนนที่มาก หมายความว่า มีการสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าและสร้างแบบสอบถามตามกรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ⁽²⁴⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ การตอบแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert scale 4 ระดับ การแปลผลค่าคะแนน โดยคิดจากคะแนนรวมของทุกข้อ แบบสอบถามนี้ มีคะแนนเต็ม 36 คะแนน คะแนนที่มาก หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้ quality of life index-stroke version⁽²⁵⁾ ที่แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทย⁽²⁶⁾ มีทั้งหมด 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 การคำนวณคะแนนมี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่หนึ่ง นำค่ามัธยฐานในแต่ละข้อซึ่งมีค่าเท่ากับ 3.5 มาลบออกจากคะแนนความพึงพอใจในแต่ละข้อ เพื่อให้คะแนนความพึงพอใจเข้าสู่ค่ากลาง ขั้นตอนที่สอง คือ นำคะแนนความพึงพอใจที่ได้จากขั้นตอนที่หนึ่งมาคูณกับคะแนนความสำคัญในข้อเดียวกัน และขั้นตอนที่สาม นำผลรวมคะแนนในขั้นตอนที่สองทุกข้อ และนำมารวมด้วยจำนวนข้อคำถาม เพื่อป้องกันความลำเอียงเนื่องจากคะแนนที่หายไป (missing scores) คะแนนที่เป็นไปได้จะอยู่ในช่วง -15 ถึง 15 จากนั้น นำคะแนนที่ได้มาบวกด้วย 15 เพื่อให้คะแนนที่ได้มาค่าเป็นบวก ดังนั้น ช่วงของคะแนนที่ควรจะเป็นทั้งหมดมีค่าอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน คะแนนยิ่งมาก หมายถึงคุณภาพชีวิตยิ่งดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางด้านระบบประสาท 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ท่าน จากนั้น นำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้



สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00

2. การตรวจสอบความเที่ยง ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มาติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 ราย ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินการเผชิญปัญหา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .909, .833, .925 และ .971 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ จว.๕๔/๒๕๕๙ และสถาบันประสาทวิทยาเอกสารอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ เลขที่ สธ ๐๓๑๐(๑๓๗๐๐)/๑๓๖๔ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และการให้การรักษาพยาบาล ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเอกสารยินยอม (consent form) เข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายเพิ่มเติมว่า ผู้ป่วยสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมการทำวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 ผู้วิจัยจะศึกษาเวชระเบียนล่วงหน้าก่อนวันนัด 1 วัน ช่วงระยะเวลา 3 เดือนแรก ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ แผนกศัลยกรรมประสาท วันจันทร์ วันอังคาร และวันพฤหัสบดี และแผนกอายุรกรรม วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ และเก็บข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยาในช่วง 3 เดือนหลัง วันจันทร์ ถึงวันพฤหัสบดี ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ครบ 132 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรม SPSS version 17 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ผลการวิจัย

1. ลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.45 และเป็นเพศชายถึงร้อยละ 68.18 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 31.82 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.79 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 32.58 เป็นข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 28.03 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 84.09 เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ร้อยละ 63.6 และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายผู้ดูแลจึงเป็นภรรยา ร้อยละ 42.7 เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด ร้อยละ 73.48 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 49.24 เกิดอัมพาตซีกซ้าย ร้อยละ 36.36

2. คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกรายด้านและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม (n = 132)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย	23.37	4.72
จิตใจและจิตวิญญาณ	25.03	4.59
สังคมและเศรษฐกิจ	23.53	4.47
ครอบครัว	25.12	5.35
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	23.97	4.28

3. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ต้องการศึกษา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .511, .509$ ตามลำดับ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .437$) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ($n = 132$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
1. การสนับสนุนทางสังคม	0.511	.000
2. การเผชิญปัญหา	0.509	.000
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.437	.011

อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 23.97$, $SD = 4.28$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัยผู้ใหญ่มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.79 ปี ซึ่งเป็นวัยกลางคน (40-60 ปี) มีความเสื่อมตามวัยไม่มากนัก สุขภาพร่างกายโดยทั่วไปยังแข็งแรง สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็ว ทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้ดีในการทำกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีจะเกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หากมีการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ ความบกพร่องทางกายหรือความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จะส่งผลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ จากผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.79 ยังอาศัยอยู่กับคู่สมรสและเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ผู้ดูแลจึงเป็นภรรยา ร้อยละ 42.7 อีกทั้งยังมีบุตรหลานคอยดูแลให้กำลังใจขณะเจ็บป่วย คอยสนับสนุนส่งเสริม แสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนจากครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Bays⁽¹⁶⁾ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฟื้นฟูจากภาวะความเจ็บป่วย ทำให้มีกำลังใจและสามารถจัดการกับอาการป่วยที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่ง สามารถปรับตัวได้ มีความพึงพอใจในชีวิต จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวที่สูงที่สุด ($\bar{x} = 25.12$, $SD = 5.35$) รองลงมาคือ องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ($\bar{x} = 25.03$, $SD = 4.59$) และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ($\bar{x} = 23.53$, $SD = 4.47$) จากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ร้อยละ 63.6 จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอยู่ในระดับดี การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การสนับสนุนทางสังคมที่ดีเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ภายนอกตัวบุคคลที่ช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแปลความหมายของเหตุการณ์ ช่วยให้บุคคลทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น คุณภาพและปริมาณ



การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นฟูจากภาวะความเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ระบุว่า ตนเองได้รับการสนับสนุนจากสังคม สิ่งแวดล้อม และบุคคลที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ต่อสู้ปัญหาได้ดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ให้การช่วยเหลือ หรือเป็นความปรารถนาที่จะได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด และสามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ในผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้มีความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้น อาการของโรคทุเลาลง และมีสภาวะอารมณ์เชิงลบดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่ง สามารถปรับตัว มีความพึงพอใจในชีวิต ทำให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี⁽¹⁶⁾

การเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การเผชิญปัญหาที่ดีเป็นปัจจัยเฉพาะบุคคล คือ เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกต้องเผชิญกับปัญหา หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียด และผู้ป่วยสามารถตอบสนองต่อปัญหานั้น ๆ ได้ ใช้วิธีเผชิญความเครียดต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม จะทำให้สามารถกลับไปทำงานหรือใช้ชีวิตได้เหมือนปกติ พึ่งพาอาศัยผู้อื่นน้อย รู้สึกว่าตนเองไม่เป็นภาระ ทำให้ไม่รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทางที่ดี⁽¹⁷⁾

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดีเป็นปัจจัยเฉพาะบุคคล กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้เกี่ยวกับความมั่นใจในความสามารถในการดูแลตนเอง มีการรับรู้ในทักษะและศักยภาพของตน มีความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตในระดับดี จะเป็นแรงจูงใจ ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีพฤติกรรมสุขภาพและปฏิบัติตามเป้าหมาย เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกทางบวก ทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองดีขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี โดยใส่ใจดูแลสุขภาพ และสนใจในการออกกำลังกายหรือทำกายภาพบำบัดมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยออกแรงทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽¹⁸⁾

สรุปผลการวิจัย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สำหรับการเผชิญปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ตามลำดับ



ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงควรมีความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องสำหรับใช้เป็นแนวทางในการวางแผนกิจกรรมการพยาบาล พยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี ด้วยการให้ความรู้ กระตุ้นชี้ให้เห็นประโยชน์และข้อดีในการทำกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพในรายที่พยาบาลสามารถให้คำแนะนำและคำปรึกษาได้ พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงควรจัดให้มีโครงการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเอง การเผชิญปัญหาต่างๆหลังจากออกจากโรงพยาบาล และเพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติในเรื่องแหล่งประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคมและความช่วยเหลืออื่นๆ ถ้าผู้ป่วยและญาติต้องการ

ด้านการศึกษาวิจัย ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างหรือศึกษาในเขตอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลชุมชนที่มีความแตกต่างในหลายบริบท สภาพแวดล้อม ชีวิตความเป็นอยู่ อาจทำให้ได้ข้อมูลที่แตกต่างออกไป และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ของสถาบันประสาทวิทยา นายแพทย์ใหญ่(สบ 8) และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตำรวจ รวมถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและมีส่วนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานฉบับสมบูรณ์ การศึกษาความแตกต่างระหว่างสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของบริการโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์: การศึกษาเชิงปริมาณ [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2558]. เข้าถึงจาก: <https://www.hsri.or.th/research/detail/5887>
2. ขนิษฐา รักษาเคน. คุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดอาการ 6 เดือน แรกโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2556;9(ฉบับพิเศษ):164-71.
3. บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์. ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
4. พัทนี นัครา. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
5. อกันตริ บัวเหลือง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
6. Ahlsio B, Britton M, Murry V, Theorell T. Disablement and quality of life after Stroke. Stroke 1984;15:886-980.
7. Lerdal A, Gay CL. Fatigue in the acute phase after first stroke predicts poorer physical health 18 months later. Neurology 2013;81:1581-7.
8. Algurén B, Fridlund B, Cieza A, Sunnerhagen KS, Christensson L. Factors associated with health-related quality of life after stroke: a 1-year prospective cohort study. Neurorehabilitation and Neural Repair 2012;26(3):266-74.
9. Bakken LN, Kim HS, Finset A, Lerdal A. 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 2012;21:1886-95.



10. Dhamoon MS, Moon YP, Paik MC, Boden-Albala B, Rundek T, Sacco RL et al. Quality of life declines after first ischemic stroke. *Neurology* 2010;75:328-34.
11. นิภาวรรณ สามารถกิจ, สุภาภรณ์ ดั่งแพง. ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2544;9(1):11-31.
12. อารมณ์ รัตนวิจิตร. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา* 2541;6(3):10-20.
13. สาวิตรี จิวังกูร, สงวนสิน รัตนเลิศ. ปัญหาทางจิตใจและสังคมในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2529;31(3):118-30.
14. Oddy M, Humphrey M, Uttley D. Stresses upon the relatives of head-injured patients. *The British Journal of Psychiatry* 1978;133:507-12.
15. Watanate Y, Shiel A, Asami T, Taki K, Tabuchi K. 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* 2000;14(2):174-7.
16. Bays CL. Quality of life of stroke survivors: A research synthesis. *Journal of Neuroscience Nursing* 2001;33(6):310-6.
17. Darlington AE, Dippel DWJ, Ribbers GM, Balen RV, Passchier J, Busschbach JJV. Coping strategies as determinants of quality of life in stroke Patients: A Longitudinal Study. *Cerebrovascular Diseases* 2007;23:401-7.
18. Robinson-Smith G, Johnston MV, Allen J. Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Archives of Physical medicine & Rehabilitation* 2000;81(4):460-4.
19. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of nursing scholarship* 2005;37(4):336-42.
20. Thorndike RM. Correlational procedures for research. New York: Gardner Press; 1978.
21. Jalowiec A, Murphy SP, Powers MJ. Psychometric Assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nursing Research* 1984;33(3):157-61.



22. นิตยา สุทธยากร. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา กับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2531.
23. พวงผกา กรีทอง. โมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย [ดุชนิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
24. Bandura. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1986.
25. Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the quality of life index. Reseachers in Nursing and Health 1992;15:29-38.
26. สาลี เณลิวรรณพงศ์. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง [ดุชนิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.