

## บทความวิจัย

### ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

#### Factors Predicting Adaptation of Stroke Survivors

พิมพ์ภัทร ตันติทวีวัฒน์ (Pimpatra Thanthitaweewat)\*

ชนกพร จิตปัญญา (Chanokporn Jitpanya)\*\*

#### บทคัดย่อ

การวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และอำนาจในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด โดยใช้แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ที่มาจากตามอาการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร และโรงพยาบาลพุทธชินราช จำนวน 110 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการปรับตัว (Psychosocial Adjustment to Illness Scale) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (ENRICH Social Support Questionnaire) แบบประเมินการเผชิญความเครียด (Jalowiec coping questionnaire) แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (The Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form) แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (National Institute of Health Stroke Scale) และแบบประเมินความสามารถในการรู้คิด (MMSE-Thai) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบสอบถามการปรับตัว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการเผชิญความเครียด แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เท่ากับ .95, .91, .86 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. การปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 2.51, SD = .48)

2. การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 9.5 (Adjusted R<sup>2</sup> = .095)

**คำสำคัญ:** การปรับตัว โรคหลอดเลือดสมอง ความรู้สึกไม่แน่นอน ความสามารถในการรู้คิด

\*พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### Abstract

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

1. The mean score of adaption of stroke survivors was at good level (mean = 2.51, SD = .48)
2. Social support was found to be accounted for prediction for the adaptation of stroke survivors for 9.5% of total variances explained of adaptation of stroke survivors.

**Keyword :** Adaptation Stroke Uncertainty Cognitive thinking

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันคนทั่วโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 6.5 ล้านคน ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2553-2558 โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นลำดับที่ 3 รองจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองและจำนวนผู้เจ็บป่วยในปี พ.ศ. 2550-2558 เพิ่มขึ้นตามลำดับ อัตราการเสียชีวิต 20.65, 20.78, 21.04, 27.53 30.00, 31.69, 36.13, 38.66 และ 42.62 ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ปี พ.ศ. 2553-2555 (สำนัก

โรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) อัตรา 50.56, 33.7, 32.17 ต่อประชากรแสนคน และยังพบอีกว่าในปี พ.ศ. 2553-2555 จังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่าง มีอัตราการเจ็บป่วยสูงอยู่ใน 10 อันดับแรกของประเทศ โดยปี พ.ศ. 2553 จังหวัดอุดรธานี สุโขทัย พิษณุโลก และตาก มีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับที่ 3, 5, 8 และ 10 ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2554 จังหวัดสุโขทัยเป็นลำดับที่ 1 และจังหวัดพิจิตรลำดับที่ 10 และปี พ.ศ. 2555 จังหวัดอุดรธานี เป็นลำดับที่ 2 และจังหวัดพิจิตรอันดับ 7 ข้อมูลสถิติ The Stroke Center at University Hospital พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกร้อยละ 15 เสียชีวิตในระยะเวลานอนสั้น ความเสี่ยงในการเสียชีวิตมีสูงมากในช่วง

30 วันแรกหลังเกิดโรค (Dennis, et al., 1993 cited in Hankey, Jamrozik, Broadhurst, Forbes, Burvill, & Anderson, et.al., 2000) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร้อยละ 7.6 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกร้อยละ 37.5 เสียชีวิตภายใน 30 วัน การศึกษาในแอฟริกาใต้คาดการณ์ว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองภายใน 28 วันหลังเกิดโรคร้อยละ 33.33 (Bertram, Katzenellenbogen, Vos, Bradshaw and Hofman, 2013) ในปัจจุบันเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์ได้พัฒนาเจริญก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น ทำให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้รอดชีวิตได้ โดยทั่วไปหากผู้ป่วยสามารถผ่าน 30 วันแรกหลังปรากฏอาการผู้ป่วยมักจะรอดชีวิต แต่ร้อยละ 90 ของผู้รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ (Periard & Ames, 1993) ในประเทศไทยอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูงใน 1 เดือนแรก อัตรารอดชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Survival rate) ที่ระยะเวลา 6 เดือน จนถึง 24 เดือน มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2555 อัตรารอดชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ระยะเวลา 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในปี 2550 คือ ร้อยละ 82, 78 และ 74 เพิ่มขึ้นในปี 2555 เป็นร้อยละ 88, 84 และ 82 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกปี 2550 คือ ร้อยละ 56, 54 และ 52 เพิ่มขึ้นในปี 2555 เป็นร้อยละ 62, 60 และ 56 ตามลำดับ (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2557) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตนั้น จะมีความบกพร่องของร่างกายที่แตกต่างกันไป ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ก้าวขาลำบาก พูดลำบาก พูดไม่ได้ กลืนลำบากหรือกลืนไม่ได้ อัมพาตครึ่งซีก สื่อสารไม่ได้ สับสนและสูญเสียความทรงจำ (Ragsdale, Yarbrough & Lasher, 1993) บางรายอาจมีปัญหาด้านระบบประสาทและอวัยวะผิดปกติมีข้อจำกัดในการสื่อสาร รวมถึงปัญหาด้านการมองเห็น (กฤษณา ภิระเวช, 2552)

ปัจจุบันนี้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มสูงขึ้นจากความก้าวหน้าในการรักษาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเหตุการณ์

ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกายเป็นเรื่องยากที่จะเข้าใจ ผู้ที่รอดชีวิตจากโรค จะมีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันลดลงไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ การเข้าร่วมสังคมน้อยลงเกิดความคับข้องใจ ไม่สามารถทำในสิ่งที่ชอบได้เหมือนเดิม (Williams & Murray, 2013) กระทั่งครอบครัวและสังคมการทำหน้าที่ในครอบครัวลดลงมีความต้องการการพึ่งพาระหว่างกัน (Davis, Egan, Dubouloz, Kubina & Kessler, 2013; วราลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2550) ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดต้องอยู่กับความพร่องความสามารถในหลายด้าน มีผลต่อร่างกายความสามารถจิตใจ สังคม และสุขภาพทางสังคม (Murray & Harrison, 2004) ต้องปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลทำให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านเพศ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพยอมรับการเจ็บป่วยได้ พยายามฟื้นฟูร่างกายให้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุดภายใต้ขีดจำกัด และผู้ที่ไม่สามารถยอมรับสภาพการเจ็บป่วยส่งผลให้ปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ (วราลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2550) ครอบคลุมการรักษาและฟื้นฟู ผู้ดูแลเหนื่อยมากขึ้น ผู้ป่วยมีอัตราตายสูง (กองพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2554)

การส่งเสริมให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวเหมาะสมมีประสิทธิภาพ พยายามจำเป็นต้องทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังมีน้อย โดยเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ 3 งาน (สุชาดา กาสีวงศ์, 2545; วราลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2550; รจน์ เฟื่องแก้ว, 2551) งานวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ 1 งาน (กาญจนา ศิริวรราชย์, 2536) โดยปัจจัยที่ศึกษาประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เป็นโรคสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และความหวัง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ แต่ยังไม่

การศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยเชิงทดลอง 3 งาน (ประภัสสรสมศรี, 2549; ยูพาพร โอพาริกพันธ์, 2541; วิภา ลิ้มสกุล, 2545) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งมีความแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ ในด้านการเป็นที่พึ่งพาของครอบครัว ต้องการดำรงบทบาทเดิมก่อนเกิดโรค เช่น บทบาทบิดามารดา หัวหน้าครอบครัว การกลับไปประกอบอาชีพ เป็นต้น

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ อายุ 18-59 ปี และโดยเน้นการศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน โดยใช้แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) เป็นกรอบในการวิจัย เพื่อนำความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแล เพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด ต่อการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสามารถปรับตัวได้ดี

2. การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด มีอำนาจร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากร ที่ใช้ใน คือ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 18-59 ปี มารับ

การตรวจติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตภาคเหนือตอนล่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี โดยมีคุณสมบัติในการคัดเข้าศึกษา ดังนี้ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (ไม่จำกัดความรุนแรงของอาการเมื่อ admit) ระดับความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 30 วัน ถึง 2 ปี สามารถสื่อสารได้เข้าใจด้วยภาษาไทย ไม่มีความผิดปกติด้านจิตประสาท และไม่มามีประวัติภาวะสมองเสื่อมหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (post stroke dementia) และยินดีเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน โดยคัดเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือตอนล่าง ประกอบด้วย 2 สังกัด คือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์พุทธชินราช โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โรงพยาบาลสวรรคภ์ประชารักษ์ และกระทรวงศึกษาธิการ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร สุ่มเลือกโรงพยาบาล 2 แห่งจาก 4 แห่ง โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ได้โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างคือ โรงพยาบาลศูนย์พุทธชินราช และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร สํารวจข้อมูลของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์คัดเข้าการศึกษา ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมระบบประสาทและศัลยกรรมระบบประสาททั้ง 2 โรงพยาบาลล่วงหน้า 1 วัน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบคนเว้นคนตามลำดับการมารับบริการ สอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจนครบ 110 คน โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2559

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ เกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลา



ความรู้สึก ความคิดปกติของการสื่อสาร ความพร้อมของการพูดและการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นแต่ละข้อ มีคะแนนกำกับไว้ตามความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นคะแนนรวม 0-42 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรุนแรงของโรคน้อย 0-4 คะแนน, ความรุนแรงของโรคปานกลาง 5-18คะแนน และความรุนแรงของโรคมมาก 19-42 คะแนน

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการรู้คิด (Mini mental state examination : MMSE) ฉบับภาษาไทย ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม แบ่งเป็นหัวข้อหลัก 5 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความใส่ใจและการคำนวณ (Attention and Calculator) การระลึกได้ (Recall) และ ภาษา (Language) มีคะแนนรวมของการทดสอบเท่ากับ 30 คะแนน จุดตัด (Cut-off point) ที่สงสัยว่ามีความพร้อมความสามารถในการรู้คิดสำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา และผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา อยู่ที่คะแนน 14, 17 และ 22 ตามลำดับ หากมีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ คะแนนดังกล่าวถือว่ามีความพร้อมความสามารถในการรู้คิด

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปรับตัวทางจิตสังคม แบบประเมินการเผชิญความเครียด และแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน คำนวณหาค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVD) ได้ค่าเท่ากับ .80, .86 และ .78 ตามลำดับ จากนั้นนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ และนำแบบสอบถามการปรับตัวทางจิตสังคมแบบสอบถาม การสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการเผชิญความเครียด แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ไปทดลองใช้กับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's

alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .95, .91, .86 และ .90 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหน้าที่ขอขออนุญาตเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์พุทธชินราชและ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขออนุญาต ประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยขอหนังสืออนุมัติจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือวิจัยส่งถึง คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เพื่อขออนุมัติ การทำวิจัยจากโรงพยาบาล

3. เมื่อได้รับผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยอนุมัติ ให้ทำการวิจัย และได้รับอนุญาตในการดำเนินการ เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการ ติดต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อขออนุญาต ประสงค์ ในการทำวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัย เก็บข้อมูลได้ครบ 110 ชุด และนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ ข้อมูลทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย วิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์วิธีการเผชิญความเครียดแต่ละวิธีโดยใช้คะแนนสัมพัทธ์

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิดกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคลมหลอดเลือดสมองวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัยกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคลมหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

#### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์สำหรับกลุ่มตัวอย่างได้รับการพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร รหัส 385/58 รับรองวันที่ 27 พฤศจิกายน 2558 และ โรงพยาบาลศูนย์พุทธชินราช รหัส 087/58 รับรองวันที่ 20 ตุลาคม 2558 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ขั้นการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ขั้นตอนและตลอดระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ

#### ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 คน พบว่าเป็นเพศชายจำนวน 49 คน (ร้อยละ 44.50) และเพศหญิงจำนวน 61 คน (ร้อยละ 55.50) ส่วนมากมีอายุระหว่าง 41-50 ปี

(ร้อยละ 53) อายุเฉลี่ย 46.85 ปี (SD = 7.06) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 74) ระดับการศึกษาปวช./ปวส. (ร้อยละ 35) รองลงมาคือ ประถมศึกษา (ร้อยละ 28) ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 30) รองลงมาคือ ค้าขาย (ร้อยละ 20) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนมากอยู่ระหว่าง 10,000 - 20,000 บาท (ร้อยละ 46) รองลงมา คือ < 10,000 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 21,000 บาท เจ็บป่วยด้วยโรคลมหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันจำนวน 71 ราย (ร้อยละ 64.5) และชนิดหลอดเลือดสมองแตกจำนวน 39 ราย (ร้อยละ 35.5) ระยะเวลาเจ็บป่วยหลังเกิดโรคตั้งแต่ 2-23 เดือน ส่วนมากอยู่ระหว่าง 7 - 12 เดือน (ร้อยละ 49) รองลงมาคือ ระหว่าง 13-18 เดือน ระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 10.82 เดือน

การปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคลมหลอดเลือดสมองโดยรวม มีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.51 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้านภาวะสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธ์ภาพกับญาติที่อยู่ห่างกัน และด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ อยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.52, 2.58, 2.83 และ 2.53 ตามลำดับ และการปรับตัวด้านอาชีพการงาน ด้านสัมพันธ์ภาพทางเพศ และด้านสภาพแวดล้อมในสังคม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.25, 2.21 และ 2.32 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคลมหลอดเลือดสมอง รายด้าน และโดยรวม

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

ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.81 คะแนน (SD = 5.54) ดังแสดงในตารางที่ 2 มีการใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด ค่าคะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ยเท่ากับ .36 รองลงมาคือ การจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ และใช้การจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านเท่ากับ .34 และ .28 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3 มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ย 49.76 คะแนน (SD=12.62) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ

2.62 รองลงมาคือด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการสุขภาพ และด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 และ 2.05 ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.01 ดังตารางที่ 4 คะแนนความรุนแรงของอาการระดับเล็กน้อย ร้อยละ 93.4 และระดับปานกลาง ร้อยละ 3.6 ดังตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการรู้คิดเฉลี่ย 28.03 คะแนน คะแนนสูงสุด 30 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 18 คะแนน ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและต่ำสุดของการสนับสนุนทางสังคม

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

**ตารางที่ 3** ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเผชิญความเครียด

| ด้านการเผชิญความเครียด     | $\bar{X}$ | SD   | คะแนนสัมพัทธ์ |
|----------------------------|-----------|------|---------------|
| แบบเผชิญหน้ากับปัญหา       | 36.84     | 9.64 | .36           |
| การจัดการกับอารมณ์         | 20.21     | 9.34 | .28           |
| การจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ | 36.92     | 7.95 | .34           |

**ตารางที่ 4** ค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

| ความรู้สึกไม่แน่นอน  | $\bar{X}$ | SD    | คะแนนเฉลี่ย |
|--|-----------|-------|-------------|
| ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย                   | 18.53     | 6.37  | 2.05        |
| ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการสุขภาพ              | 14.17     | 3.18  | 2.36        |
| การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย | 11.80     | 3.69  | 0.01        |
| การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค             | 5.25      | 1.40  | 2.62        |
| คะแนนรวม   | 49.76     | 12.62 |             |

**ตารางที่ 5** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและต่ำสุดของความรุนแรงของอาการ

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

**ตารางที่ 6** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและต่ำสุดของความสามารถในการรู้คิด

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

การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 9.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรพยากรณ์ .309 ดังตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการสนับสนุนทางสังคมในการทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

| ตัวแปรทำนาย         | b     | S.E. <sub>b</sub> | Beta | t     | p-value |
|---------------------|-------|-------------------|------|-------|---------|
| การสนับสนุนทางสังคม | 1.216 | .361              | .309 | 3.371 | .001    |

Constant = 80.555    R<sup>2</sup> = 9.5

**การอภิปรายผล**

จากผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการวิจัย พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับดี สามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้เมื่อพิจารณารายด้านได้ดังนี้

ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน จากผลการศึกษาพบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้านอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนการปรับตัวเฉลี่ยสูงสุดแสดงถึงผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวที่อยู่บ้านเดียวกัน สมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆภายในบ้านที่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถปฏิบัติได้หรือปฏิบัติได้ลดลง ทำให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อม

ภายในบ้านได้ดี การดูแลเอาใจใส่ ความเอื้ออาทรจากครอบครัว เป็นปัจจัยส่งเสริมการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (วารลักษ์ณ ทองใบปราสาท, 2550) สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (กาญจนา ศิริวราศย์ 2536)

ด้านภาวะสุขภาพ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี แสดงถึงผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ดูแลเอาใจใส่ตัวเองในการดูแลสุขภาพ สนใจและใส่ใจในความเจ็บป่วย พยายามปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างชัดเจน มีความคิดเชื่อมั่นว่าได้รับการรักษาและการดูแลที่ดีจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความหวังและเชื่อมั่นว่าสามารถเอาชนะปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ สามารถฟื้นฟูกลับสู่ภาวะเดิมก่อนการเจ็บป่วยหรือใกล้เคียงมากที่สุด ผู้รอดชีวิต

จากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวโดยการเคลื่อนไหวร่างกายที่อ่อนแรง พยายามช่วยเหลือตัวเอง จัดทำหรือหาอุปกรณ์ช่วยเหลือ การรักษาของแพทย์ทางเลือกหรือแผนไทย การเลือกอาหารที่รับประทาน และป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุหกล้ม ปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟู (รจน์ เฟ็งแก้ว, 2551)

ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างกัน จากผลการศึกษาพบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างกันอยู่ในระดับดี ยังมีการติดต่อสื่อสารและให้ความช่วยเหลือกันกับญาติที่ไม่ได้อยู่บ้านเดียวกันอย่างต่อเนื่อง เหมือนก่อนการเจ็บป่วย ห่วงใยความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง แสดงถึงสัมพันธภาพที่ดีกับญาติที่อยู่ห่างกัน

ด้านความไม่สุขสบายทางใจ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางใจอยู่ในระดับดี ไม่มีความรู้สึกตึงเครียด กังวลใจ โกรธ หงุดหงิดง่าย ควบคุมตนเองไม่ได้ ต่ำห็นตนเอง รู้สึกผิด เศร้า หรือมีเพียงเล็กน้อย เนื่องจากผ่านการเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลันสามารถปรับตัวยอมรับกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ได้ มีความเชื่อมั่นในการรักษาและมีความหวังในการกลับไปสู่สภาวะเดิมก่อนการเจ็บป่วย และผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากมีความรุนแรงของอาการในระดับเล็กน้อย ทำให้กระทบต่อภาพลักษณ์ของตนเองน้อย ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปรับตัวโดยการทำใจยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีปัจจัยคือกำลังใจ บุญความดีที่ทำไว้ในอดีต ความหวัง การคิดและมองโลกในแง่ดี (รจน์ เฟ็งแก้ว, 2551)

ด้านอาชีพการงาน จากผลการศึกษาพบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวด้านอาชีพการงานอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งในระยะแรกหลังเกิดโรคผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต้องหยุดงานที่เคยทำอยู่ บางรายต้องหยุดงานเป็นระยะเวลานานซึ่งขึ้นกับความรุนแรงของพยาธิสภาพที่เกิดมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ในการประกอบอาชีพเพียงใดเมื่อสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ผู้รอดชีวิตจากโรค

หลอดเลือดสมองบางรายไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่เดิมได้ ต้องเปลี่ยนแปลงหน้าที่ตามพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น และบางรายยังไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ ซึ่งผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักมีทางเลือกในอาชีพมีน้อย (Williams & Murray, 2013) ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่ดีประสิทธิภาพ จะมีความสามารถในการทำงานลดลง (สุชาติกาแก้ว, 2545)

ด้านสภาพแวดล้อมในสังคม จากผลการศึกษาพบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมในสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สามารถร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้ตามเดิม ทั้งการร่วมกิจกรรมกับเพื่อน เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัด ร่วมกิจกรรมในชุมชน เป็นต้น ไม่สามารถทำงานอดิเรกและกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัวบางอย่างได้ตามเดิม เนื่องจากพยาธิสภาพที่หลงเหลืออยู่และสภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองพบความเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพของเพื่อน ขาดสังคมที่เคยมี (กวิทร์ นานู บุญชู, 2554; รจน์ เฟ็งแก้ว, 2551) โอกาสเข้าร่วมสังคมและการเข้าถึงการติดต่อสื่อสารต่างๆ รู้สึกเหมือนต้องติดอยู่แต่ในบ้าน (Williams & Murray, 2013)

ด้านสัมพันธภาพทางเพศ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวด้านสัมพันธภาพทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากไม่มีเพศสัมพันธ์หรือมีเพศสัมพันธ์ลดลงหลังเกิดโรค บางรายไม่มีเพศสัมพันธ์อยู่แล้วก่อนเกิดโรค จึงไม่รู้สึกรู้สึกมีปัญหาการปรับตัวด้านนี้ ซึ่งผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักมีเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (กองพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย, 2554) โดยความถี่ของการร่วมเพศลดลงครั้งหนึ่ง ไม่มีการร่วมเพศในระหว่างที่ยังมีการตรวจรักษาเพิ่มเติม มีเพียง 15% ที่ยังคงมีเพศสัมพันธ์ (Sjögren & Fugl-Meyer, 1982)

ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปรับตัวได้ดีโดยการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ยอมรับการเจ็บป่วย พยายาม

ช่วยเหลือตนเอง ดูแลสุขภาพของตนเอง ป้องกันตนเอง จากอุบัติเหตุ รับประทานยาและไปพบแพทย์ มีการปรับบทบาทในการดำรงชีวิต ปรับแบบแผนการใช้จ่ายปรับตัวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพ (วารลักษ์ณ์ ทองใบปราสาท, 2550) แต่หากผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถยอมรับสภาพความเจ็บป่วยได้ มีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย และการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ไม่เหมือนปกติ มีความรู้สึกอายและรู้สึกไม่ดีเกี่ยวกับร่างกายตนเอง (รจนี เฟ็งแก้ว, 2551; วารลักษ์ณ์ ทองใบปราสาท, 2550) ส่งผลให้การปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ (วารลักษ์ณ์ ทองใบปราสาท, 2550) ครอบคลุมต่อการรักษาและฟื้นฟูบำบัดทางกาย ผู้ดูแลเหนื่อยมากขึ้น ผู้ป่วยมีอัตราการตายสูง (กองพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2554)

2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยคัดสรรได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการรู้คิด ต่อการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ คือ การสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 9.5 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับสถิติ .01 กล่าวคือ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีการปรับตัวดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Glass & Maddox, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rochette, Tribble, Desrosiers, Bravo, & Bourget (2006) พบว่าการเข้าถึงแหล่งประโยชน์มีความสัมพันธ์กับกระบวนการปรับตัวของผู้ป่วยหลังเกิดโรคและการศึกษาของวารลักษ์ณ์ ทองใบปราสาท (2550) พบว่า การดูแลเอาใจใส่ ความเอื้ออาทรจากครอบครัว ปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลการวิจัยพบว่า สอดคล้องกับสมมุติฐาน ดังนี้

1. ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสามารถปรับตัวได้ดี

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ คือ การสนับสนุนทางสังคม ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะ

### การวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษานี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังนั้น หากผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำก็จะทำให้การปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองไม่ดีไปด้วย ดังนั้นเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพจึงต้องให้ความสำคัญในการช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวที่ดีต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความเชื่อในบุคลากรสุขภาพ รวมถึงการศึกษาเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงของอาการมาก

### เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์สงเคราะห์ องค์การทหารผ่านศึก.
- กองพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย. (2554). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2554. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษณา พิวเวช. (2552). การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- กวิรินทร์นาฏ บุญชู. (2554). ประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ระยะเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กาญจนา ศิริวรราชย์. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทนา หล่อตะกูล. (2549). การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไทยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภัสสร สมศรี. (2549). ผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยงชัย นิละนนท์, สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, พิพัฒน์ เชี่ยววิทย์, สงคราม โชติถิโกอนุชิต, จุลจักร ลิมศิริวิไล, ลลลชริตา เจริญพงษ์, ... นิพนธ์ พวงวารินทร์. (2553). การศึกษาความเที่ยงตรงของแบบวัดความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง National Institute of Health Stroke Scale ภาคภาษาไทย (NIHSS-T). จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ 93(1): 171-178.
- ยุพาพร โอพาริกพันธ์. (2541). กลุ่มประคับประคองต่อการปรับตัวของผู้ป่วยสโตรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาล สาขาวิชาการศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รุ่งนัย เพ็งแก้ว. (2551). การปรับตัวในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วรลักษ์ณ์ ทองใบปราสาท. (2550). ประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในตำบลแสนตอ อำเภอบางบาล จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.
- วีณา ลิ้มสกุล. (2545). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2557). รายงานฉบับสมบูรณ์ การศึกษาความแตกต่างระหว่างสิทธิสวัสดิการรักษายาของบริการโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ : การศึกษาเชิงปริมาณ. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). จำนวนและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ ปีพ.ศ. 2554-2555 อัตราต่อแสนประชากร. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานประจำปี 2558. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สุชาติ กาสิงห์. (2545). การปรับตัวของผู้ป่วยสโตรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชา

- การพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น.
- สุภาณี แก้วธำรงค์. (2543). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความ  
เจ็บป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก  
ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรค  
เอส แอ อี. ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมาพร บรรณสาร. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างความ  
รุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย  
การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน  
ในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรค  
ไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาภรณ์ สังฆมรรท. (2549). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์  
กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แผนก  
ผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะ  
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Bertram, M. Y., Katzenellenbogen, J., Vos, T.,  
Bradshaw, D., and Hofman, K. J. (2013). The  
disability adjusted life years due to stroke in  
South Africa in 2008. *International Journal of*  
*Stroke* 8 : 76-80.
- Davis, C. G., Egan, M., Dubouloz, C. J., Kubina, L. A.,  
and Kessler, D. (2013). Adaptation following  
stroke: a personal projects analysis. *Rehability*  
*Psychological* 58(3) : 287-298.
- Glass, T. A., and Maddox, G. L. (1992). The quality  
and quantity of social support: Stroke recovery  
as psycho-social transition. *Social Science &*  
*Medicine* 34(11) : 1249-1261.
- Hankey, G. J., Jamrozik, K., Broadhurst, R. J., Forbes,  
S., Burvill, P. W., Anderson, C. S., and Stewart-  
Wynne, E. G. (2000). Five-year survival after  
first-ever stroke and related prognostic factors  
in the Perth Community Stroke Study. *Stroke*  
31(9) : 2080-2086.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in Illness. *Image:*  
*the Journal of Nursing Scholarship* 20(4) :  
225-232.
- Murray, C. D., and Harrison, B. (2004). The meaning  
and experience of being a stroke survivor:  
an interpretative phenomenological analysis.  
*Disability and Rehabilitation*, 26(13), 808-816.
- Periard, M. E., and Ames, B. D. (1993). Lifestyle  
Changes and Coping Patterns Among  
Caregivers of Stroke Survivors. *Public Health*  
*Nursing* 10(4) : 252-256.
- Ragsdale, D., Yarbrough, S., and Lasher, A. T. (1993).  
Using Social Support Theory to Care for  
CVA Patients. *Rehabilitation Nursing*, 18(3) :  
154-161.
- Rochette, A. a. b., Tribble, D. S.-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 Rehabilita-*  
*tion Research*, 29(3): 247-249.
- Sj?gren, K., & Fugl-Meyer, A. R. (1982). Adjustment  
to life after stroke with special reference  
to sexual intercourse and leisure. *Journal of*  
*Psychosomatic Research*, 26(4), 409-417.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlation procedures for  
research. USA: A Halsted Press Book.*
- Williams, S., & Murray, C. (2013). The lived experi-  
ence of older adults' occupational adaptation  
following a stroke. *Australian Occupational*  
*Therapy Journal* 60(1) : 39-47.