

Factors Predicting Anxiety in Caregivers of Stroke Patients in the Intensive Care Unit

*Uayporn Pimarn**, *Harit Sianghwong***, *Wanporn Worapornpong***,
*Wiprachaya Thedthong***, *Chanandchidadussadee Toonsiri***

**Lang Suan Hospital, Chumphon 86110 Thailand*

***Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi 20130 Thailand*

Abstract

This descriptive research aimed to examine the level of anxiety and its predictive factors, including social support, perceived health status, and stroke severity, among caregivers of stroke patients admitted to the intensive care unit (ICU). The study sample consisted of 138 direct relatives of stroke patients aged 20 years and above, selected through simple random sampling from Lang Suan Hospital, Chumphon Province. The research instruments included a personal information questionnaire, a perceived health status interview, a social support scale, the National Institutes of Health Stroke Scale (Thai version) (stroke severity), and the State-Trait Anxiety Inventory for caregivers (Anxiety)

The findings revealed that 68% of caregivers experienced moderate levels of anxiety. Multiple regression analysis indicated that significant predictors of caregiver anxiety were stroke severity ($\beta = .299$, $p < .001$), perceived health status ($\beta = -.210$, $p < .001$), and social support ($\beta = -.185$, $p < .001$). Together, these variables explained 64.6% of the variance in caregiver anxiety ($R^2 = .646$, $p < .001$).

Keywords: Stroke, Intensive Care Unit, Caregiver's anxiety, Social support, Stroke Severity (J Thai Stroke Soc. 2025;24(3): 16-25)

Corresponding author: **Harit Sianghwong** (Email: harit.sianghwong@gmail.com)

Received 19 August 2025 Revised 3 September 2025 Accepted 8 September 2025

ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

นางอวยพร ทิমান*, นายหฤษฎ์ เชียงหวิ้อง**, นางวัลย์พร วรพรพงษ์**, นางสาววิรัชญา เทศทอง**, นางสาวชนัญชิตาคุษฎี ทุลศิริ**

*โรงพยาบาลหลังสวน ชุมพร 86110 ประเทศไทย

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี 20130 ประเทศไทย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวล และปัจจัยทำนาย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ของโรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร จำนวน 138 ราย ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (National Institutes of Health Stroke Scale; NIHSS) และ แบบวัดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย (State-Trait Anxiety Inventory; STAI)

ผลการวิจัย พบว่า ระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 68 ผลการวิเคราะห์เชิงทำนายพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .299, p < .001$), การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = -.210, p < .001$), การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.185, p < .001$) โดยทั้งสามปัจจัยสามารถร่วมทำนายได้คิดเป็นร้อยละ 64.6 ของความแปรปรวนทั้งหมด ($R^2 = .646, p < .001$)

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, หอผู้ป่วยวิกฤต, ความวิตกกังวล, การสนับสนุนทางสังคม, ระดับความรุนแรง (J Thai Stroke Soc. 2025;24(3): 16-25)

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) โรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุของการตายอันดับต้น ๆ ของโลก และสาเหตุของความพิการหลังจากการรอดชีวิต จากสถิติขององค์การอนามัยโลกรายงานว่า ทุกปีมีผู้ป่วยทั่วโลกป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ในปี 2563 มีคนทั่วโลกป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 14 ล้านคน และเป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลก 5.5 ล้านคน¹ ส่วนสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน ในปี 2563 มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 52.8 ต่อประชากรแสนคน² และหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรอดชีวิต โดยส่วนใหญ่ก็จะเกิดความพิการตามมา³ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่ไม่ติดต่อเป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับชนิด รอยโรค และพยาธิสภาพของการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยบางรายมีความรุนแรงของโรคมักจะต้องได้รับการรักษาและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต³

จากภาวะการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต นอกจากจะส่งผลต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ป่วย จากสถิติพบว่า ร้อยละ 50 ของญาติหรือผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด และการศึกษาของ Pochard et al. พบว่า ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหรือฉุกเฉินทำให้ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลสูงถึง ร้อยละ 73 และยังพบว่า ในช่วง 48-72 ชั่วโมงแรกของการได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือคู่ชีวิตจะมีความวิตกกังวลมากที่สุด⁴

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลเมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ อาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ระดับความรุนแรงของโรคเมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด ความวิตกกังวล โดยความเครียดนั้นมาจากหลาย ๆ สาเหตุดังที่กล่าวมาข้างต้น^{4, 5} จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่

เกี่ยวข้องพบว่า การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตยังคงมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

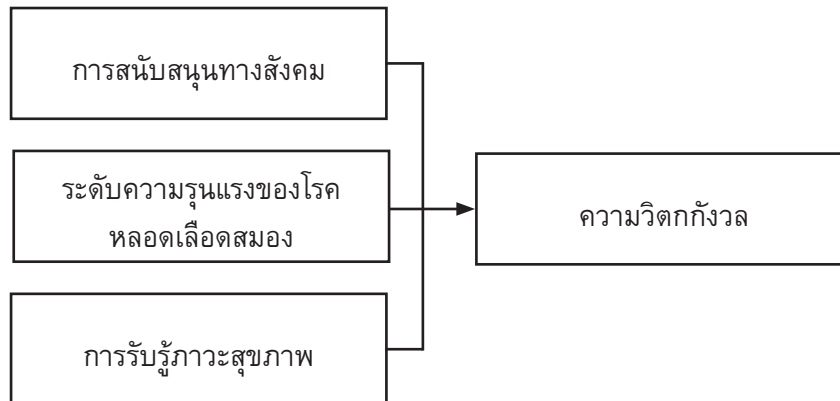
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดของ Spielberger ในปี 1966 ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ขึ้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่เด็กจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อคนในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด โดยจะทำให้บุคคลเกิดความเครียดต่อสิ่งที่รู้สึกว่าจะไม่ปลอดภัย หรือเกิดการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าได้จากการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ร้อยละ 50 ของญาติหรือผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด⁵ และการศึกษาของ Pochard et al. พบว่า ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหรือฉุกเฉินทำให้ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลสูงถึง ร้อยละ 73 และยังพบว่า ในช่วง 48-72 ชั่วโมงแรกของการได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือคู่ชีวิต จะมีความวิตกกังวลมากที่สุด⁴ โดยมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ ดังภาพที่ 1.

ภาพที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพรรณนาเชิงทำนาย (Predictive Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยทำนาย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต ของโรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Linear multiple regression: Fixed, R^2 deviation from zero) การทดสอบปัจจัยทำนายผู้วิจัยได้กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงทำนายจากงานวิจัยที่ผ่านมา ของ ไพรัช ทับสี ที่พบว่า การรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีค่า R^2 เท่ากับ 0.234⁶ คำนวณตามสูตร $f^2 = R^2 / (1 - R^2)$ ได้เท่ากับ .1286682 แล้วนำมาคำนวณหาขนาดอิทธิพล Effect size กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .95 และจำนวนตัวแปร

ต้นเท่ากับ 3 ตัวแปร คำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 138 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับกลุ่มตัวอย่าง
2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเองของ วันดี แยมจันทร์ฉาย ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 1 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ให้ญาติผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินระดับภาวะสุขภาพโดยรวมในปัจจุบันแบบ⁷ สัมภาษณ์นี้ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .94
3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Lortajakul et al. ที่ได้แปลเป็นภาษาไทยมาจากแบบการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENCRICH social support Questionnaire) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาเพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย 7 ข้อ โดยข้อคำถาม 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (ตลอดเวลา-ไม่มีเลย) ส่วนคำถามในข้อ 7 ลักษณะคำถามที่ถามว่าปัจจุบันท่านแต่งงานแล้วหรืออาศัยอยู่กับคู่ของท่าน คำตอบมี 2 ลักษณะ คือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”⁸ โดยคำตอบในข้อนี้ไม่นำมาคิดคะแนน ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha

coefficient เท่ากับ .86

4. แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา ได้แปลเป็นภาษาไทย โดยใช้ชื่อ National Institutes of Health Stroke Scale, Thai version (NIHSS-T) ประกอบด้วย การประเมิน 11 ด้าน คะแนนรวมเท่ากับ 0-42 คะแนน³ มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.98
5. แบบวัดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย State Anxiety Questionnaire for Relatives of Patients ที่พัฒนาขึ้นโดย Spielberger ในปี 1983 เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาเพื่อประเมินความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ (เกือบไม่มีเลย-เกือบตลอดเวลา) คะแนนรวมเท่ากับ 20-80 คะแนน⁹ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .86

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองและได้ตรวจสอบความชัดเจนและความเหมาะสมของข้อคำถาม แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้ผ่านการเห็นชอบและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยจากเจ้าของเครื่องมือ และผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาจากเครื่องมือต้นฉบับ จึงไม่ได้หาความตรงของเนื้อหาซ้ำ
2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ รวมถึงแบบประเมินความวิตกกังวล ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต

โรงพยาบาลหลังสวน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้ระบุไว้ จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ .70¹⁰

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรม จรรยาบรรณนักวิจัย โดยผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มกระบวนการ การเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
2. เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการเก็บข้อมูล โดยมีการแนะนำตัวของผู้วิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย รวมถึงอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ซึ่งการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือการรักษาของแพทย์ พยาบาล โดยข้อมูลหรือคำตอบทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเท่านั้น และเมื่อได้ผลวิจัยจะมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลา ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง และการได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาล
3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และขณะตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างต้องการจะถอนตัวออกจากงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถทำได้ โดย ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันที และเอกสารทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัยจะถูกทำลายทั้งหมดภายใน 1 ปี หลังจากทำการเผยแพร่งานวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ รหัสโครงการ CPH-EC-015/2567 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 และผ่านการเห็นชอบและอนุญาตการใช้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลังสวนในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามใบชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลตัวแปร การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยร่วมทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จากปัจจัยที่คัดสรรได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นเชิงเส้นและมีความแปรปรวนคงที่ การกระจายของข้อมูลเป็นปกติ Durbin-Watson อยู่ในช่วง 1.5-2.5

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 1. จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 138)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-40 ปี	32	23.18
41-60 ปี	87	63.05
60 ปีขึ้นไป	19	13.77
(M=42.63, SD=9.22, Min=20, Max=61)		
เพศ		
ชาย	58	42.01
หญิง	80	57.99
ศาสนา		
พุทธ	136	98.55
อิสลาม	2	1.45

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	42	30.20
มัธยมศึกษาตอนต้น	67	48.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8	5.71
ปริญญาตรี	21	15.59
สถานภาพสมรส		
โสด	42	30.70
คู่	68	50.30
หม้าย/หย่า	28	20.00
ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัวต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต		
มี	19	13.80
ไม่มี	119	86.20
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย		
บุตร	86	62.31
บิดา/มารดา	21	15.22
สามี/ภรรยา	19	13.77
อื่น ๆ	12	8.70

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 138 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.99 มีอายุเฉลี่ย 42.63 ($SD = 9.20$) สถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.30 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 48.50 รองลงมาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.20 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อย

ละ 73.80 และมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.30 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติในครอบครัวเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 86.20 และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 62.31

ตารางที่ 2. คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ($n = 138$)

ระดับคะแนนเฉลี่ย	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	<i>M</i>	<i>SD</i>
การสนับสนุนทางสังคม	0–24	11–24	15.63	3.221
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	10–50	27–38	32.37	3.704
คะแนนความวิตกกังวล	20–80	40–59	42.36	3.121
ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	0–42	4–15	4.26	2.418
การรับรู้ภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับ ดี ร้อยละ 72				

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 42.36 ($SD = 3.121$) คะแนน มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 15.63 ($SD = 3.221$) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 72 และมีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เท่ากับ 4.26 ($SD = 2.418$)

ปัจจัยที่ร่วมทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ตารางที่ 3.)

ตารางที่ 3. ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ($n = 138$)

ตัวแปรทำนาย	<i>b</i>	<i>SE(b)</i>	β	<i>t</i>	<i>P</i>
การสนับสนุนทางสังคม	-.179	0.074	-.185	-2.41	<.001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.177	0.061	-.210	-2.89	<.001
ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	.374	0.098	.299	3.808	<.001
$R^2 = .646$, $R^2_{Adj} = .636$, $F = 81.648$ $p < .001$					

จากตารางที่ 3. พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .299$, $p < .001$) ซึ่งหมายความว่า “ระดับความรุนแรงของโรคสูงขึ้น ความวิตกกังวลของผู้ดูแลจะมากขึ้น” การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = -.210$, $p < .001$) ซึ่งหมายความว่า “การ

รับรู้ภาวะสุขภาพดี ความวิตกกังวลของผู้ดูแลจะลดลง” และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.185$, $p < .001$) ซึ่งหมายความว่า “การสนับสนุนทางสังคมมาก ความวิตกกังวลของผู้ดูแลจะลดลง” โดยทั้งสามตัวแปรสามารถอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลได้ร้อยละ 64.6 ($R^2 = .646$, $p < .001$)

การอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 138 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62 มีอายุเฉลี่ย 42.63 ($SD = 9.20$) สถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.3 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 48.50 รองลงมาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.20 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 73.80 และมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.30 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติในครอบครัวเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 86.20
2. ระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อยู่ในระดับปานกลาง 42.36 ($SD = 3.121$) คะแนนและมีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เท่ากับ 4.26 ($SD = 2.418$) จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ดูแลจะเกิดความวิตกกังวลเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยอาการของโรคหลอดเลือดสมองเป็นลักษณะของอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และมีระดับความรุนแรงของโรค เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความวิตกกังวล โดยเฉพาะผู้ป่วยนั้นเป็นบิดา มารดา หรือญาติสายตรง⁵ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรัช ทับสี ที่ได้ศึกษาความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า การรับรู้อาการรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .484, p < .05$)⁶
3. ปัจจัยที่ร่วมทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถร่วมทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 3.1 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแล ($\beta = -.185, p < .001$) หมายความว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ และกำลังใจจากครอบครัว

เพื่อน หรือบุคลากรทางสุขภาพ จะมีระดับความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎี Social Support Buffering Hypothesis ที่อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดผลกระทบทางลบจากความเครียดและสร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับบุคคล การได้รับข้อมูล คำแนะนำ หรือความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง และสามารถจัดการกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ดีขึ้น" งานวิจัยของ Cao et al. ในปี 2022 ผลการศึกษา พบว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคมที่สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับ "ภาระการดูแล (caregiver burden)" ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดปัญหาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้¹²

- 3.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีอิทธิพลเชิงลบต่อความวิตกกังวล ($\beta = -.210, p < .001$) กล่าวคือ ผู้ดูแลที่รับรู้ว่าคุณมีสุขภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรงจะมีแนวโน้มวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีมองว่าคุณมีสุขภาพไม่ดี การรับรู้ว่าคุณมีสุขภาพดีช่วยสร้างความเชื่อมั่นว่ามีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า ในทางตรงกันข้าม หากผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ จะกังวลว่าสุขภาพตนเองไม่เอื้ออำนวยต่อการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น งานวิจัยของ Schulz and Sherwood ในปี 2008 ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสหรัฐฯ พบว่า การรับรู้สุขภาพในทางบวกสัมพันธ์กับระดับความเครียดและความวิตกกังวลที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา¹³

- 3.3 ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสามารถร่วมทำนายและมีอิทธิพลทางบวกต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้ร้อยละ 64.60 ($R^2 = .646, p < .001$) โดยปัจจัยมีอิทธิพลในการทำนาย ($\beta = .299$) อาจเนื่องจากอาการของโรคหลอดเลือดสมองเป็น

อาการที่แสดงถึงอาการที่รุนแรงทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง โดยมีอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษา คือ อาการแขนขาอ่อนแรง ร้อยละ 67 และมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ($M = 4.26$) ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อสังเกตอาการทางระบบประสาท และในบางรายมีข้อบ่งชี้ในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68 รองลงมาเป็นวิตกกังวลมาก ร้อยละ 24 มีการซักถามอาการของผู้ป่วยจาก พยาบาล และเจ้าหน้าที่บ่อยครั้ง ดังนั้นอาจจะสรุปได้ว่า ระดับความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรัช ทับสี⁶

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และการจัดการความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสมหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย
2. พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำผลการวิจัย ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ญาติผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และสามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับนโยบายได้องค์ความรู้และข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวิเคราะห์และวางแผน กำหนดนโยบายด้านสุขภาพในการดูแลญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ของประเทศไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตก

กังวลในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงผลกระทบทางจิตใจที่ครอบครัวได้รับจากสถานการณ์การเจ็บป่วยที่รุนแรงและสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยวิกฤต โดยมีปัจจัยสำคัญที่ทำนายระดับความวิตกกังวล ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า หากสามารถพัฒนาวิธีการหรือโปรแกรมที่ช่วยเพิ่มการรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติ เสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม และจัดการกับผลกระทบจากความรุนแรงของโรคได้อย่างเหมาะสม จะช่วยลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย และเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, Roth GA, Bisignano C, Abady GG, et al. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol.* 2021;20(10):795–820.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf
3. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
4. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M, et al; French FAMIREA Study Group. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death: a prospective multicenter study. *J Crit Care.* 2005;20(1):90–96.
5. Spielberger CD. State-Trait Anxiety Inventory for Adults. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1983.
6. ไพรัช ทับสี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จัหวัดเพชรบุรี. 2562;2(3):1–16.
7. วันดี แยมจันทร์ฉาย. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538.
8. Lortajakul C, Yunibhand J, Jitpanya C. The development of a quality of life instrument in Thai patients with post-myocardial infarction. *Thai J Nurs Res.* 2011;11(3):166–172.
9. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire). Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1966.
10. บุญใจ ศรีสถิตยธรรมากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเอเอ็นไอ อินเทอร์เน็ต จำกัด; 2553.
11. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985;98(2):310–357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310.
12. Cao LL, Yang J, Liu Y, Zhang Y, Zhang H, Huang Y, et al. A survey of caregiver burden for stroke survivors in non-teaching hospitals in Western China. *Medicine (Baltimore).* 2022;101(50):e31153.
13. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs.* 2008;108(9 Suppl):23–27.