



ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการ
เผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



กุลวลี สันติเกษตริน

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการ
เผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียด
และการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง"

ของ กุลวลี สนิธิเกษตริน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัศนี วันชัย)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงพร ปิยะคง)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ดร.ขวัญแก้ว วงษ์เจริญ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ดร.แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ผู้วิจัย	กุลวลี สนิทเกษตริน
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงพร ปิยะคง
กรรมการที่ปรึกษา	ดร.ขวัญแก้ว วงษ์เจริญ
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ พย.ม. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566
คำสำคัญ	ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน 24-72 ชั่วโมงแรก ณ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 128 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความเครียด แบบวัดการเผชิญความเครียด และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)

ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r=.04, p>.050, r=.09, p>.050$ ตามลำดับ) และแรงสนับสนุนทางสังคมก็ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด ($r=.05, p>.050$) แต่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .050 ($r = -.21, p<.05$) การศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดความเครียดได้

Title	THE RELATIONSHIPS BETWEEN SEVERITY OF DISEASE, SOCIAL SUPPORT, STRESS, COPING AMONG FAMILY MEMBERS OF STROKE PATIENTS
Author	Kulwalee Sontigasatarin
Advisor	Assistant Professor Dr Duangporn Piyakong
Co-Advisor	Dr. Kwankaew Wongchareon
Academic Paper	M.N.S. Thesis in Adult and Gerontological Nursing - (Type A2), Naresuan University, 2023
Keywords	Severity of Disease Stress Copings Social Support

ABSTRACT

The objective of the study was to examine the relationship between the severity of the disease, social support, stress, and coping among family members of stroke patients. The study used quantitative research methods. The samples were 128 family members of stroke patients admitted to Buddhachinnaraj Hospital during 24 to 72 hours. The instruments used in the study included the demographic questionnaire, the stress questionnaire, the coping questionnaire, and the social support questionnaire. Spearman Rank Correlation Coefficient was used to analyze the data.

The results revealed that the severity of the disease had no correlation with stress or coping ($r=.04$, $p>.050$, $r=.09$, $P>.050$ respectively). In addition, social support had no correlation with coping ($r=.05$, $p>.050$). However, social support had a significant negative correlation with stress ($r = -.21$, $p<.050$). The findings of the study can be used by nurses to improve social support for family members of stroke patients to reduce stress

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงพร ปิยะคง ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลามาเป็นที่ปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ขวัญแก้ว วงษ์เจริญ คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า

กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และข้อสรุปที่เป็นประโยชน์เพื่อเป็นแนวทางการแก้ไขวิทยานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ ผู้ทรงคุณวุฒิ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่กรุณารับรอง และเห็นชอบในการดำเนินการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ ผู้ทรงคุณวุฒิ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่กรุณารับรอง และเห็นชอบในการดำเนินการวิจัย

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จนเสร็จสิ้นกิจกรรมการดำเนินการวิจัย

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ของผู้วิจัยที่ให้อำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดความเครียดและสามารถเผชิญกับความเครียดได้

กุลวลี สนิทเกษตริน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
ประกาศศุภณูปการ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ประโยชน์ของการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
สมมุติฐานของการวิจัย	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
โรคหลอดเลือดสมอง	9
สมาชิกครอบครัว	22
ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซาลัสและโพล์คแมน	25
ความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	28
แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	33
การพยาบาลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียด	35
กรอบแนวคิดการวิจัย	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	38

สถานที่เก็บข้อมูล.....	38
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	38
ประชากรเป้าหมาย.....	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	40
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	41
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิของตัวอย่างวิจัย.....	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	42
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	44
ส่วนที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	44
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลความรุนแรงของโรค ความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุน ทางสังคมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	47
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลความรุนแรงของโรค ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	47
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมกับ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	48
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	49
สรุปผลการวิจัย.....	49
อภิปรายผลการวิจัย.....	50
การนำผลการวิจัยไปใช้.....	53
ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป.....	53
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	53
บรรณานุกรม.....	54

ภาคผนวก.....	61
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	62
ภาคผนวก ข เอกสารอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	66
ประวัติผู้วิจัย.....	73



สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 128$).....	44
ตาราง 2	แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 128$).....	46
ตาราง 3	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผล ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 128$).....	47
ตาราง 4	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผล ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	47
ตาราง 5	แสดงความสัมพันธ์ ระหว่างความรุนแรงของโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมกับ ความเครียด ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 128$).....	48
ตาราง 6	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมกับ การเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 128$).....	48

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or stroke) เป็นปัญหาสุขภาพทางระบบประสาทที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับโลก โดยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกกว่า 80 ล้านคนและมีอัตราการตายใหม่ทั่วโลก มากกว่า 12.2 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด (Feigin et al., 2022) ในประเทศไทยพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็ง และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี 2564-2566 จำนวน 34,728, 34,545 และ 36,214 ราย ตามลำดับ และมีแนวโน้มที่สูงขึ้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565)

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง สามารถแบ่งสาเหตุตามลักษณะของพยาธิสรีรวิทยาได้ ดังนี้ 1) จากภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน คือ การที่หลอดเลือดในสมองถูกขัดขวางจากเกล็ดเลือด ทำให้สมองเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมองอย่างเฉียบพลัน และ 2) จากภาวะหลอดเลือดสมองแตก ซึ่งเป็นความผิดปกติที่เกิดจากการเสื่อมของหลอดเลือดในสมอง ส่วนใหญ่มักมีสาเหตุจากการมีโรคเรื้อรัง อายุที่มากขึ้น หรือจากการรับประทานยาลดการแข็งตัวของเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดสมองเปราะบางและแตกในที่สุด (พิรุณลักษณ์ วงวรรณ, 2557) ความผิดปกติของหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นทั้งสองสาเหตุสามารถส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วยหลายลักษณะ ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรง เช่น หมดสติชั่วคราว อ่อนแรงของแขนและขา ความจำลดลง พูดไม่ได้ การกลืนเสียไป อารมณ์เปลี่ยนแปลง ความรู้สึกตัวลดลง หรือเสียชีวิต เป็นต้น อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะมากหรือน้อยขึ้นกับตำแหน่งและระดับความรุนแรงของการได้รับความเสียหายที่สมอง (วาสนา มุลฐี และคณะ, 2559) และจะสามารถคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมง หรืออาจเกิดความรู้สึกสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะอย่างถาวร ใน 24-72 ชั่วโมงแรกนั้น ถือเป็นระยะเฉียบพลัน และเป็นช่วงเวลาที่อาจคุกคาม ส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยได้ เนื่องจากการบาดเจ็บของสมองในระยะนี้อาจส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น และนำไปสู่ภาวะสมองเคลื่อน เซลล์สมองถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต มีความพิการและ/หรือนำไปสู่การเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว (สกุลวรรณ อร่ามเมือง, 2561; Feigin et al., 2022) โดยทั่วไปนิยมประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองด้วยแบบประเมินที่เรียกว่า Glasgow Coma Scale (GCS) โดยมีค่าคะแนนในการประเมินอยู่ระหว่าง 3-15 คะแนน แบ่งระดับดังนี้ คือ คะแนน 3-8 คะแนน หมายถึง สมองมี

การบาดเจ็บแบบรุนแรงมาก (Severe) ผู้ป่วยจะมีอาการที่รุนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และอาจทำให้เสียชีวิตได้ คะแนน 9-12 คะแนน หมายถึง สมองมีการบาดเจ็บแบบรุนแรงระดับปานกลาง (Moderate) ผู้ป่วยมักมีอาการที่แตกต่างกันไป เช่น แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ไม่สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจ ในบางรายอาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหรือออกซิเจน และระดับคะแนน 13-15 คะแนน หมายถึง สมองมีการบาดเจ็บระดับเล็กน้อย (Mild) ผู้ป่วยมีอาการเล็กน้อยอาจแสดงอาการ เช่น พูดลิ้นแข็ง มุมปากตก หนังตาตก ขาดตามแขนขา กำมือไม่ได้ พูดไม่ได้ หรือบางรายอาจไม่มีอาการผิดปกติที่สามารถสังเกตได้ (สุธาสินี เจียประเสริฐ และคณะ, 2563; อภรณ์ คำก้อน และคณะ, 2565; Bogue, Paletti, & Balan, 2017)

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยเองแล้วยังส่งผลกระทบกับสมาชิกภายในครอบครัวของผู้ป่วย (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2563) เนื่องจากสังคมไทยนั้นสถาบันครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐาน และมีบทบาทสำคัญต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว หากมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวเจ็บป่วย มักส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้อย่างมาก (จารุวรรณ ธนะสุข, 2560) โดยทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความวิตกกังวล กลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและสะสมจนนำไปสู่การเกิดความเครียด (นิรมนต์ เหลาสุภาพ, สุปรีดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2557; สกฤตวรรณ อร่ามเมือง, 2561) ซึ่งลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นความไม่สบายใจ วิตกกังวล กลัว หรือถูกบีบคั้น อันเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลผู้นั้นจะเป็นคนประเมินด้วยตนเองว่าสถานการณ์นั้น ๆ เป็นสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตรายหรือไม่ ถ้าบุคคลนั้นประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามหรืออันตราย บุคคลผู้นั้นจะประเมินต่อว่ามีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะจัดการกับสิ่งที่คุกคามหรือเป็นอันตรายนั้นหรือไม่ ถ้าบุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่าเป็นสิ่งคุกคาม หรือเป็นอันตรายและไม่สามารถมีแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอที่จะช่วยเหลือในการจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่คุกคามนั้นได้ บุคคลนั้นจะเกิดความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) ดังนั้น เมื่อสมาชิกครอบครัวทราบว่าบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นหรือโรคที่ผู้ป่วยเป็นตามการรับรู้ของตนเองว่าเป็นสิ่งคุกคามชีวิตหรือเป็นอันตรายต่อตนเองหรือไม่ ถ้าใช่สมาชิกครอบครัวจะประเมินความเพียงพอของแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือ หากประเมินแล้วว่ามีแหล่งประโยชน์ไม่เพียงพอ จะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความเครียดขึ้น ผลการศึกษาในอดีตพบว่าความเครียดของสมาชิกในครอบครัวสามารถเกิดขึ้นได้ทันทีหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับอันตรายที่สมอง เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับอาการผู้ป่วยที่ไม่คงที่ (สุมามิตา สวัสดิ์สินธุนาท, 2556; Piyakong, 2014) อุปกรณ์การช่วยชีวิตที่ไม่คุ้นเคย การรับรู้ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายหรือไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติเหมือนเดิมได้ และกลัวว่าผู้ป่วยอาจเสียชีวิต (ธีรบุษ ห่านิรติศัย และปริญญา แร่ทอง, 2556; สุมามิตา สวัสดิ์สินธุนาท, 2556)

ทฤษฎี Cognitive appraisal model ของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้กล่าวว่า ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situational factor) เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะนำไปสู่การประเมินความเครียด เช่น ความรุนแรงของสถานการณ์ เป็นต้น (Lazarus & Folkman, 1984) ดังนั้น ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองซึ่งถือเป็นความรุนแรงของสถานการณ์ที่สมาชิกครอบครัวกำลังเผชิญ อาจมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อาการที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของสมาชิกครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) กล่าวคือ หากผู้ป่วยอาการหนักมีพยาธิสภาพที่รุนแรง มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีระดับความรู้สึกตัวลดลง จะทำให้สมาชิกครอบครัวมีความเครียดสูง (อรุณี ชุนหบดี และคณะ, 2556; Ajay et al., 2017) ในขณะที่งานวิจัยบางงานให้ผลการศึกษาที่ขัดแย้ง โดยพบว่า เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน ไม่ว่าจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด จะส่งผลต่อบุคคลในครอบครัวเกิดความเครียดในระดับปานกลาง (Batkulwar & Mhaske, 2021) สอดคล้องกับงานวิจัยของอรอนงค์ กุลณรงค์ (2555) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคกับระดับความเครียดของญาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้นงานวิจัยของ กวินารัตน์ สุทธิสุนทร, จิราพร ชมพิกุล, และเกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล (2560); จิราภรณ์ สำเภาทอง, สาวิตรี ทยานศิลป์, และอภิวัฒน์ เจียวิวรรณกุล (2561) และ ชลกร ศิรวรรณะ และทิพย์วัลย์ สุรินยา (2556) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคกับความเครียด โดยพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกล่าวคือ แม้ว่าผู้ป่วยจะมีระดับความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงที่เล็กน้อย แต่ส่งผลให้เกิดความเครียดแก่สมาชิกในครอบครัวในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองกับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่มี ความชัดเจน

อย่างไรก็ตามเมื่อบุคคลมีความเครียด บุคคลจะหาหนทางเผชิญกับความเครียดเพื่อปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะสมดุล (Lazarus & Folkman, 1984) การเผชิญความเครียดนั้นเป็นการกระทำและ/หรือความคิดที่จะจัดการกับความเครียดที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ ซึ่งการเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) เช่น การหาแนวทางการแก้ปัญหาให้ผ่านพ้นลุล่วงไป และการจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) เช่น การปรับอารมณ์ ปรับความรู้สึกเพื่อไม่ให้สูญเสียกำลังใจ แต่ไม่ได้มีการแก้ปัญหาเกิดขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) ผู้ที่สามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ก็จะสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เผชิญ และเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าบุคคลเกิดความเครียดในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้บุคคลนั้นเสียสมดุลของร่างกาย ทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น รู้สึกกดดัน สิ้นหวัง ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนปกติ และอาจเกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายหรือจิตใจตามมา (Saeid et al., 2023) การเผชิญความเครียดของ

สมาชิกครอบครัว เป็นความพยายามที่จะจัดการกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดจากการเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รัก การเผชิญความเครียดของบุคคลแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ความสามารถและประสบการณ์กับการเรียนรู้ ความเชื่อมั่น ความมั่นคงในอารมณ์ ความรุนแรงของสถานการณ์ และแรงสนับสนุนทางสังคม (นภาศิริ ทัศนชัย, 2564) ดังนั้น ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและแรงสนับสนุนทางสังคมอาจจะมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังผลการศึกษาของสิริกัญญา ศิริสม, เจียมจิต แสงสุวรรณ, และจิตภินันท์ ศรีจักรโครต (2565) พบว่า ระดับความรุนแรงของโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ($p=.05$) แต่การศึกษาของ สุภาพ เหมือนชู, ภาวนา กิตติยวงศ์, และวริยา วชิราวัจน์ (2559) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ส่วนความรุนแรงของโรคไม่มีความความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด

ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ยังกล่าวถึงแหล่งประโยชน์ ว่ามีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของบุคคล ซึ่งแหล่งประโยชน์ในที่นี้ หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลมีแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและ/หรือบุคคลในครอบครัว อาจเป็นด้านข้อมูลหรือคำแนะนำ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุหรือบริการ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลจะใช้ในการจัดการปัญหาที่กำลังเผชิญ ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมอาจจะมีสัมพันธ์กับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาในอดีตที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับระดับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ที่เจ็บป่วย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปียชื่อ, และสมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2557) เช่นเดียวกับ ลัญญา พิมพ์พันธ์ (2558) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และแรงสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในทางตรงข้ามงานวิจัยของสุนิย์รัตน์ บุญศิลป์ และกุลธิดา พานิชกุล (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความเครียดของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสอดคล้องกับงานวิจัยของโรชนี อุปรา และคณะ (2554) และ อังศุมาลิน พรจันทร์ท้าว, สมนึก สกุลหงส์โสภณ, และแสงทอง ธีระทองคำ (2562) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง

แรงสนับสนุนทางสังคมของโรคหลอดเลือดสมองกับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่มี ความชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญ ความเครียด ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังพบว่าการศึกษาวิจัยที่ยังมี ความไม่แน่นอน และยังมีการศึกษาที่ขัดแย้งกัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการศึกษาที่โรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง ในเขตสุขภาพที่ 2 ที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้น รับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในทุกระดับความรุนแรง ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาวางแผนให้การพยาบาล สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงของโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม ที่แตกต่างกัน เพื่อป้องกันหรือลดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้ง เพื่อวางแผนการช่วยเหลือให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถเผชิญความเครียด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งต่อสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองกับความเครียด ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองกับการเผชิญ ความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญความเครียดของ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประโยชน์ของการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของ โรคหลอดเลือดสมองกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง เพื่อที่จะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลให้ความรู้ ตลอดจนคำแนะนำที่เหมาะสม และสอดคล้องกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตาม

ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดความเครียด ทำให้ญาติผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ทางด้านการศึกษาพยาบาล

ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นฐานความรู้ให้กับพยาบาลหรือนักศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ทำการศึกษาในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 128 ราย ที่มาเยี่ยมผู้ป่วยใน 24-72 ชั่วโมงแรก ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง ซึ่งในที่นี้คือโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โดยกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือไม่ใช่ทางสายเลือดที่อาศัยอยู่ด้วยกันกับผู้ป่วย เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง สามี/ภรรยา ลูกหรือหลาน เป็นต้น

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยและเป็นผู้ที่มาเยี่ยมผู้ป่วย ในช่วง 24-72 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือด เช่นเป็น บิดา มารดา ญาติพี่น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา หลาน ลูก หรือไม่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น ภรรยา สามี
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกหรือหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเป็นครั้งแรก และส่งผลให้สมองได้รับอันตรายจนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการรู้สติหรืออาจมีความผิดปกติทางร่างกาย เช่น มีการอ่อนแรงของแขนและขา พร่องการสื่อสาร การรับรู้ หรือบกพร่องการตัดสินใจจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 24-72 ชั่วโมง
3. ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ระดับของการบาดเจ็บของสมองของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ในช่วง 24-72 ชั่วโมงแรก ณ เวลาที่ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลโดยประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บของสมองด้วยการประเมินทางระบบประสาท Glasgow Coma Scale (GCS)
4. ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกทางจิตใจของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน

24-72 ชั่วโมง โดยเป็นความรู้สึกที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบวัดความเครียดของนพรัตน์ สวนปาน (2562)

5. การเผชิญความเครียด หมายถึง ความสามารถของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลภายใน 24-72 ชั่วโมง ในการพยายามที่จะจัดการกับความเครียดของตนเองที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของ ดวงพร ปิยะคง (Piyakong, 2014)

6. แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย การช่วยเหลือด้านการประคับประคองอารมณ์ จิตใจ ด้านการเงินหรือการได้รับสิ่งของต่าง ๆ จากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในครอบครัว เช่น เพื่อน หรือจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ในช่วง 24-72 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลโดยใช้แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของนพรัตน์ สวนปาน (2562)

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคแรงสั่นสั่นทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมแนวคิดทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยได้นำเสนอตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง

- 1.1 ความหมาย ประเภท และพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.2 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.3 ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.4 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.5 โรคหลอดเลือดสมองในระยะ 24-72 ชั่วโมง
- 1.6 เครื่องมือและการเลือกใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.7 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย

2. สมาชิกครอบครัว

- 2.1 ความหมายของสมาชิกครอบครัว
- 2.2 ความสำคัญของครอบครัว
- 2.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว
- 2.4 ผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซาลัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984)

4. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- 4.1 ปัจจัยที่มีผลกับการเกิดความเครียด
- 4.2 การประเมินความเครียดและเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเครียด
- 4.3 ความหมายของการเผชิญความเครียด
- 4.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด
- 4.5 ผลกระทบของความเครียดต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 4.6 วิธีการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5. แรงสนับสนุนทางสังคม กับความเครียด และการเผชิญความเครียดต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

5.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม

5.3 แรงสนับสนุนทางสังคมกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

6. การพยาบาลต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียด

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมอง

1. ความหมาย ประเภท และพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองโรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease: CVD; Stroke)

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่าหมายถึง กลุ่มอาการที่ประกอบด้วยลักษณะของความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง แต่ไม่รวมถึงการบาดเจ็บ การติดเชื้อ เนื้องอกและโรคอื่น ๆ ของสมอง และไม่รวมภาวะ Transient ischemic attacks; TIA (WHO, 2019)

อเล็กซานเดอร์ และคณะ (Alexander et al., 2017) ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองที่ใกล้เคียงกันคือ โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง โรคที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง หรือมีเลือดออกบริเวณส่วนใดส่วนหนึ่งของเนื้อสมอง ทำให้เซลล์สมองบริเวณนั้นตาย เกิดการสูญเสียการทำงานของเนื้อสมองบริเวณนั้น ซึ่งขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรค

มินตรา ธรรมกุล (2564) กล่าวว่า โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การเกิดความผิดปกติ เช่น การตีบ การอุดตัน หรือการแตกของหลอดเลือดสมองอย่างเฉียบพลัน ทำให้สารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เกิดการตายของเนื้อสมองขึ้นส่งผลต่อการทำหน้าที่ และนำไปสู่ความผิดปกติของร่างกาย

สมบัติ มุ่งทวีพงษา (2564) โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความผิดปกติของสมองที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดสาเหตุเกิดจากสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมอง

อาจสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ส่งผลให้มีความผิดปกติทางด้านร่างกายเกิดขึ้น เช่น มีการอ่อนแรงของแขนและขา การเคลื่อนไหวของใบหน้าผิดปกติ หรือความรู้สึกนึกคิดที่เปลี่ยนแปลงไป และจะอาการเหล่านี้คงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามลักษณะทางพยาธิวิทยาได้ 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่เกิดจากสมองขาดเลือด (Ischemic) และกลุ่มที่มีเลือดออกในสมอง (Hemorrhage) (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2564)

1.1 กลุ่มที่เกิดจากสมองขาดเลือด (Cerebral ischemia) สาเหตุของการขาด

เลือดอาจเกิดจากความดันโลหิตที่ต่ำจนเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอหรือเกิดจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ/หยุดเต้น (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2564) โดยปกติเลือดจะไปเลี้ยงสมองร้อยละ 15-20 ของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพื่อส่งออกซิเจนและกลูโคสให้ใช้ในกระบวนการเมตาบอลิซึมต่าง ๆ แต่เมื่อการไหลเวียนเลือดไม่เพียงพอ ก็จะทำให้เซลล์ขาดออกซิเจนและถูกทำลายและไม่สามารถกลับคืนมาเป็นปกติ ซึ่งเซลล์แรกที่จะถูกทำลายคือเซลล์ประสาท (neuron) โดยเฉพาะเซลล์ประสาทที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวร่างกายที่อยู่ในสมองส่วน hippocampus, caudate nucleus, putamen, cerebral cortex, cerebellum และ thalamus นอกจากนี้การขาดเลือดในสมองอาจเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดที่สมอง การอุดตันนี้เกิดได้หลายสาเหตุคือ (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2564)

1.1.1 Thrombosis คือ การการไหลเวียนของเลือดมีการอุดตัน อาจเกิดที่เส้นเลือดใหญ่บริเวณคอ หรือเส้นเลือดเล็ก ๆ ในสมอง สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดที่หนาตัวขึ้นซึ่งอาจเกิดได้หลายสาเหตุ เช่น ภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) ผนังหลอดเลือดฉีกขาด (dissection) หลอดเลือดอักเสบ (vasculitis) ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นจนทำให้เลือดไหลผ่านได้น้อยหรือไม่ได้

1.1.2 Embolism คือ การเกิดลิ่มเลือดหรือก้อนเลือดบริเวณอื่นมาอุดตันเส้นเลือดในสมองหรืออาจเกิดจากความผิดปกติของเส้นเลือดที่ทำให้เกิดลิ่มเลือด ตำแหน่งที่พบได้บ่อยคือหัวใจ ซึ่งสาเหตุสำคัญคือการอักเสบติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ลิ่มเลือดที่เกิดจากเส้นเลือดแดงตำแหน่งอื่น หรือแม้แตในเส้นเลือดดำ เช่น ลิ่มเลือดจาก deep vein thrombosis เศษชิ้นส่วนจากมะเร็ง ฟองอากาศ ไขมัน การมีชิ้นส่วนเหล่านี้ไปอุดตันหลอดเลือดสมองในช่วงแรกเป็นการขาดเลือด แต่หากชิ้นส่วนสามารถเคลื่อนตัวต่อไปแล้วมีเลือดพุ่งเข้าไปบริเวณที่เคยอุดตันอาจทำให้เกิดเลือดออกบริเวณนั้นได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงมาก ๆ เนื้อสมองบริเวณปลายเส้นเลือดแต่ละเส้นจะขาดเลือดก่อนจึงทำให้เกิดการตายของเนื้อสมอง การตายของเนื้อสมองในลักษณะนี้มีชื่อว่า watershed infarction ผู้ป่วยมักเสียหน้าที่ของสมองทั้ง 2 ข้างเป็นบริเวณกว้าง เมื่อมีการอุดตันของเส้นเลือดสมองอย่างเฉียบพลัน เซลล์สมองจะทยอยตายลงภายใน 6-8 ชั่วโมง ตามความทนทานของแต่ละเซลล์ การไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (blood brain barrier) ในบริเวณที่ขาดเลือดจะเสียหน้าที่ รวมถึงบริเวณเนื้อสมองรอบ ๆ ที่ขาดเลือดมีการรั่วของสารน้ำเข้าสู่บริเวณนั้นทำให้สมองบวม ถ้ามีสมองตายเป็นบริเวณกว้างจะเกิดการบวมของสมองมาก ทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เกิดการเลื่อนของเนื้อสมอง (brain herniation) ซึ่งอาจเลื่อนไปด้านตรงข้าม หรือเลื่อนลงทาง foramen magnum และอาจเกิดการอุดตันทางเดินน้ำไขสันหลัง ถ้าผู้ป่วยไม่เสียชีวิตเนื้อสมองกลางบริเวณที่ตายจะค่อยๆสลายตัวและจะมีปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย เช่น มีการอักเสบ การกำจัด

เนื้อตาย และการซ่อมแซมบาดแผลทำให้เนื้อสมองที่ตายกลายเป็นโพรงในระยะเวลาประมาณ 3 เดือน (Feigin et al., 2021)

1.1.3 การขาดเลือดในสมองจากสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ Transient ischemic attack (TIAs), Arterothrombotic disease (ภาวะหลอดเลือดแข็งตัว), Small penetrating artery obstruction (การอุดตันของเส้นเลือดเล็กในสมอง), Brain embolism (การเกิดก้อนจากบริเวณอื่นไปอุดตันเส้นเลือดในสมอง), Border zone infarction (โรคหลอดเลือดสมองจากความดันโลหิตต่ำ), ซึ่งจะส่งผลต่อผู้ป่วย คือ การอ่อนแรงของร่างกาย การเสียความรู้สึกของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ มองเห็นภาพซ้อน ทรงตัวไม่อยู่ ตามัวหรือมองไม่เห็นข้างในข้างหนึ่ง

1.2 กลุ่มที่มีเลือดออกในสมอง (Hemorrhage)

ในสมองจะมีหลอดเลือดขนาดเล็กที่ 50-700 ไมครอน จะพบเกล็ดเลือดและการสะสมของไฟบริน เมื่อมีความดันโลหิตสูงหลอดเลือดจะมีการปริแตกหรือพองขึ้น อาจทำให้มีเลือดออกได้ในเนื้อสมอง ในช่องน้ำไขสันหลัง (Subarachnoid space) และในโพรงสมอง (intraventricular) เลือดที่ออกในเนื้อสมองจะกดเนื้อสมองบริเวณรอบตำแหน่งที่เลือดออกทำให้สมองบริเวณนั้นขาดเลือดและตาย (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2564) การมีก้อนเลือดเกิดขึ้นในกะโหลกศีรษะโดยที่ยังมีปริมาณเนื้อสมองอยู่เท่าเดิม ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น (increase intracranial pressure) ก้อนเลือดที่เกิดขึ้นอาจกดจนเนื้อสมองใกล้เคียงตาย หรือทำให้เส้นเลือดบริเวณใกล้เคียงถูกกดหรือหดตัวลง อาจดันให้เนื้อสมองซีกนั้นเลื่อนไปยังซีกตรงข้าม หรือผ่านช่อง foramen magnum ลงสู่สมองส่วนส่วน medulla oblongata ซึ่งมีศูนย์ควบคุมการหายใจ และการเต้นของหัวใจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาในระยะแรกทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะเกิดการตายและการบวมของเนื้อสมอง การอุดตันทางเดินน้ำไขสันหลังและการเคลื่อนของเนื้อสมองถ้าผู้ป่วยไม่เสียชีวิต เลือดที่ออกในเนื้อสมองจะค่อยๆถูกดูดซึมกลับในเวลาประมาณ 2 ถึง 6 เดือน (Feigin et al., 2021)

โรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่มีเลือดออกในสมองสามารถพบได้ร้อยละ 10 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (Rajashekar & Liang, 2023) ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองจะมีอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ร่วมกับการเสียหน้าที่ของสมองในบริเวณที่มีเลือดออก การเสียหน้าที่ของสมองจะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นกับตำแหน่งรอยโรค ตำแหน่งการกดของเนื้อสมองข้างเคียง ปริมาณเลือดที่ออก และการมีเลือดออกในโพรงสมอง เช่น ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองส่วน Putamen และ internal capsule ด้านซ้ายจะมีอาการอ่อนแรงของแขนขาข้างขวา ถ้าเลือดออกใน cerebellum จะทำให้เกิด การทรงตัวผิดปกติ (gait ataxia) ถ้าเลือดออกใน Basal ganglia จะทำให้เกิดการเคลื่อนไหวผิดปกติโดยไม่ตั้งใจ (involuntary movement) เป็นต้น เมื่อก้อนเลือดมีขนาดใหญ่ขึ้นก็จะกดสมอง

ในบริเวณนั้นมากขึ้น และทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ อาเจียน ชีมลง

โรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่มีเลือดออกอีกชนิดที่พบได้บ่อย คือ ภาวะเลือดออกในช่องน้ำไขสันหลัง (Subarachnoid hemorrhage: SAH) เป็นภาวะเลือดออกในสมองที่พบได้บ่อย และมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี สาเหตุร้อยละ 85 เกิดจากการแตกของเส้นเลือดสมองที่โป่งพองเป็นกระเปาะ (Aneurysm) ร้อยละ 10 เกิดจากการแตกของเส้นเลือดรอบ ๆ สมองส่วนกลาง (Perimesencephalic) อีกร้อยละ 5 ที่เหลือเกิดจากความผิดปกติของเส้นเลือด (Malformation) กระเปาะของเส้นเลือดมักเกิดจากความผิดปกติของผนังเส้นเลือดแต่กำเนิด ร่วมกับการเสื่อมของเส้นเลือด ตำแหน่งที่มักพบได้บ่อยจะเป็นบริเวณทางแยกแขนงออกของเส้นเลือด

ดังนั้นการวินิจฉัยแยกโรคต้องพยายามหาตำแหน่งที่เลือดออก และผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการตรวจหาสาเหตุของการเกิดเลือดออกในสมอง ก็จะทำให้โอกาสการรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้นแต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาด และความเร็วในการเกิดก่อนเลือด ผู้ป่วยที่เกิดก่อนเลือดบริเวณลึกลงจะมีอัตราการตายสูง และหากรอดชีวิตมักมีการสูญเสียหน้าที่ของระบบประสาทส่วนใดส่วนหนึ่งเป็นต้น

2. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ และพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็ง และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี 2564-2566 จำนวน 34,728, 34,545, และ 36,214 ราย ตามลำดับ และมีแนวโน้มที่สูงขึ้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากการทบทวนอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองทำให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ การสูบบุหรี่ ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองและอัตราการตายลดลง เนื่องจากระบบบริการสุขภาพได้รับการปรับปรุงจึงทำให้ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีการอยู่รอดเพิ่มมากขึ้น ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้ 3 ประเภท ดังนี้ (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2564)

2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนแก้ไขไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ประวัติครอบครัว พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นเนื่องจากผลของ Aging process เพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง เชื้อชาติในคนผิวดำมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสูงกว่าคนผิวขาว ประวัติครอบครัวพบว่าครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองบุตรมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือควบคุมแก้ไขได้ ได้แก่ ผู้ที่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไขมันในเลือดสูง จะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่มีร่างกายแข็งแรง

2.3 ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับพฤติกรรมที่อาจปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ โรคอ้วน พฤติกรรมการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการใช้ยาคุมกำเนิด โดยพบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมาก ผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกาย ผู้ที่สูบบุหรี่ และผู้ที่ใช้ยาคุมกำเนิดนานกว่า 5 ปี มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

3. ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะของโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งได้ 3 ระยะ ดังนี้ (ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, 2557; สุพรรณพรณ กิจบรรยงเลิศ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐชัย, 2562)

3.1 ระยะเฉียบพลัน (Acute Stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนถึงอาการคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงของแขนและขาขึ้นทันทีอาจใช้เวลาตั้งแต่ 1-14 วันแต่ส่วนมากจะเกิดขึ้นใน 72 ชั่วโมงแรก และหมดสติจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การทำงานของหัวใจผิดปกติหากไม่สามารถคงการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ได้อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

3.2 ระยะหลังระยะเฉียบพลัน (Post-Acute Stage) หมายถึง ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันแล้ว ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง เมื่อประเมินด้วยการประเมินทางระบบประสาท (Glasgow Coma Scale) จะมีระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ความดันโลหิตปกติโดยตัวบนซิสโตลิก 90-140 มิลลิเมตรปรอท ไม่ควรสูงเกิน 160 มิลลิเมตรปรอท อาจใช้เวลาหลัง 72 ชั่วโมง หรือนานกว่านั้น ในระยะนี้ผู้ป่วยมีปัญหาการเคลื่อนไหว การพูด ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปอดบวมจากการสำลักและการขาดสารอาหารจากการมีปัญหาลิ้นจากการกลืน

3.3 ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery Stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยอาการคงที่ สามารถที่จะฟื้นฟูความพิการ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรก (Early Recovery) จะเป็นระยะที่ฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายใน 3 เดือนแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และระยะหลัง (Late Recovery) เป็นระยะที่ต่อจากระยะแรก ซึ่งระยะนี้จะช่วยพัฒนาปัญหาด้านการพูด การใช้ภาษา และการช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น

4. การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองสามารถวินิจฉัยได้จากอาการและอาการแสดงทางคลินิก (Clinical diagnosis) การวินิจฉัยจากภาพสมอง (Neurovascular imaging) และการวินิจฉัย จากการตรวจเส้นเลือดในสมองด้วยวิธี Magnetic resonance angiography (MRA) และ CT angiography (วาสนา มูลฐิ และคณะ, 2559; โสพรรณ โพทะยะ, 2562; Mardani et al., 2017) โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 การวินิจฉัยจากอาการและอาการแสดงทางคลินิก (Clinical diagnosis) อาการและอาการแสดงทางคลินิกที่สำคัญที่บ่งชี้อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการปวดศีรษะ อาจเกิดจากการมีเลือดออกเข้าช่องน้ำไขสันหลัง การมีเลือดออกในเนื้อสมองขนาดใหญ่ การมี

เนื้อสมองตายบริเวณกว้างจากการอุดตันของเส้นเลือด การมีลิ้มเลือดหลุดมาอุดตันเส้นเลือดสมอง ผู้ป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรง ลิ้นแข็ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ปวดศีรษะอาเจียน อาการชักพบได้บ่อย ในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองและผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองอุดตัน อาการหมดสติเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยทุกราย ส่วนการตรวจเลือดเป็นการหาปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การตรวจเม็ดเลือด ตรวจระดับไขมันในเลือด ตรวจระดับน้ำตาล ตรวจการแข็งตัวของเลือด ตรวจระดับเกลือแร่ในเลือด และตรวจการทำงานของไต เพื่อประกอบการรักษาต่อไป (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2564)

4.2 การวินิจฉัยจากภาพสมอง (Neurovascular imaging) สามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่

4.2.1 การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่สมอง (Computed tomography: CT Scan) เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการตรวจแยกกลุ่มที่เกิดจากสมองขาดเลือด และกลุ่มที่มีเลือดออกในสมอง

4.2.2 การตรวจโดยใช้คลื่นสนามแม่เหล็กความเข้มสูงและคลื่นวิทยุ ความถี่จำเพาะร่วมกับการคำนวณด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ (Magnetic resonance image: MRI) ดีกว่า CT scan ในการตรวจหาตำแหน่งที่เกิด และอาจจะดีกว่าในการตรวจหาเลือดที่ออกใหม่ในสมองโดยเฉพาะที่ก้านสมอง และ Cerebellum

4.2.3 การตรวจโดยใช้คลื่นสนามแม่เหล็กความเข้มสูงและคลื่นวิทยุ ความถี่จำเพาะร่วมกับการคำนวณด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยให้ข้อมูลทางชีวภาพของเซลล์ (Diffusion weighted and perfusion-weighted: MRI) สามารถหาตำแหน่งและขนาด รูปร่างของการตายของเนื้อสมองที่เกิดขึ้นใหม่ๆ ในไม่กี่นาทีของการขาดเลือดได้.

4.2.4 การตรวจหลอดเลือดโดยใช้คลื่นสนามแม่เหล็กความเข้มสูงและคลื่นวิทยุ ความถี่จำเพาะร่วมกับการคำนวณด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ (Magnetic resonance angiography: MRA) สามารถใช้ประเมินผู้ป่วยที่มี emboli ก่อนการให้ยาละลายลิ่มเลือด

4.2.5 การถ่ายภาพรังสีแกมมาที่เปล่งออกมาจากสารเภสัชซึ่งมีส่วนร่วมกับการถ่ายภาพด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Single-photon emission computed tomography: SPECT) สามารถใช้ตรวจปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงสมอง และระดับ Metabolism ของสมองได้ จึงสามารถใช้ประเมินเนื้อสมองส่วนที่ยังติดอยู่ได้

4.3 การวินิจฉัยจากการตรวจเส้นเลือดสมองสามารถทำได้ทั้งวิธี non-invasive และ invasive technique วิธีที่เป็น non-invasive ได้แก่

4.3.1 การตรวจหลอดเลือดแดงที่คอโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (Duplex scans) ใช้ตรวจภาพ Carotid artery บริเวณคอ และ Vertebral artery

4.3.2 การตรวจการไหลเวียนเลือดของหลอดเลือดแดงในสมอง (Transcranial doppler ultrasonography: TCD) ใช้ตรวจเส้นเลือดสมองส่วนที่อยู่ในสมองโดยวัดความเร็วและทิศทางของการไหลของเลือด

4.3.3 การตรวจหลอดเลือดดำโดยใช้คลื่นสนามแม่เหล็กความเข้มสูงและคลื่นวิทยุความถี่จำเพาะร่วมกับการคำนวณด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ (Magnetic resonance venography: MRV) เป็นวิธีที่ใช้ตรวจดูเส้นเลือดดำของสมอง เพื่อตรวจหาการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำสามารถใช้แทน cerebral angiography ได้อย่างไรก็ตามแม้ว่าการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีหลากหลายวิธีแต่เพื่อหารอยโรค พยาธิสภาพ ตำแหน่งของโรคของผู้ป่วยอาจต้องใช้การตรวจที่มากกว่า 1 วิธีเพื่อการวินิจฉัยและเพื่อให้ได้การรักษาที่ตรงกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นมากที่สุด

5. โรคหลอดเลือดสมองในระยะ 24-72 ชั่วโมง

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้สมองเกิดการบาดเจ็บสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ การบาดเจ็บในระยะแรก (ภายใน 24 ชั่วโมงแรก) และการบาดเจ็บระยะที่สอง หรือระยะวิกฤต (24-72 ชั่วโมง) โดยระยะที่สองนี้เองที่ส่งผลให้มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้นทำให้เซลล์สมองถูกทำลายจากการเคลื่อนของสมอง (สกุลวรรณ อร่ามเมือง, 2561; โสพรรณ โพทะยะ, 2562)

การบาดเจ็บระยะที่สอง (ระยะวิกฤต) จะเกิดขึ้นหลังสมองได้รับบาดเจ็บใน 24-72 ชั่วโมงแรกเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 สาเหตุ ได้แก่ สาเหตุภายในกะโหลกศีรษะ (intracranial secondary injury) และสาเหตุภายนอกกะโหลกศีรษะ (extracranial secondary injury) (โสพรรณ โพทะยะ, 2562)

5.1 สาเหตุภายในกะโหลกศีรษะ (intracranial secondary injury) เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีเนื่องจากสมองมีการเสียหายที่การไหลเวียนเลือด การออกซิเจนไปเลี้ยงสมองลดลง เซลล์สมองไม่สามารถสลายโมเลกุลแบบใช้ออกซิเจนได้จึงใช้กลไกแบบไม่ใช้ออกซิเจนแทนทำให้มีการคั่งของแลคติกเกิดภาวะเป็นกรด การทำงานของโซเดียมโปตัสเซียมปั๊มผิดปกติทำให้โปตัสเซียมออกจากเซลล์ โซเดียมและแคลเซียมผ่านเข้าเซลล์ทำให้เซลล์เสียการควบคุม มีการหลั่งกรดอะมิโนก่อให้เกิดอันตรายต่อเซลล์สมอง แหล่งสร้างพลังงานการทำงานของตัวเชื่อมประสาทสูญเสียหน้าที่ เซลล์มีการเสื่อมสลายและตาย (Algattas & Huang, 2013) กรดอะมิโนและอนุมูลอิสระที่อยู่รอบเซลล์จะทำให้เกิดอันตรายต่อเซลล์อื่นเกิดกระบวนการอักเสบสร้างความเสียหายนำไปสู่ภาวะสมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูงเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงและสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น (Algattas & Huang, 2013) การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการบวมหรือมีปริมาณลดลง จากการบวมของสมองโดยปกติภายในกะโหลกศีรษะบรรจุเนื้อเยื่อสมองร้อยละ 80 เลือดร้อยละ 10 และน้ำไขสันหลังร้อยละ 10 (Lump, 2014) เมื่อมีก้อนเลือดเกิดขึ้นเกิดการแย่งพื้นที่ในกะโหลกศีรษะส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้นและกดเบียดสมองให้เคลื่อนต่ำ (herniation) ความดันในสมองและการไหลเวียนเลือดในสมอง

รวมถึงออกซิเจนที่ไปเลี้ยงสมองลดลง เกิดสมองขาดเลือดและเซลล์สมองตายในที่สุด (American College of Surgeon, 2018)

5.2 สาเหตุภายนอกกะโหลกศีรษะ (extracranial secondary injury) ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) เมื่อร่างกายมีปริมาณออกซิเจนในเนื้อเยื่อต่ำหลอดเลือดสมองขยายตัวทำให้ปริมาณเลือดในสมองเพิ่มขึ้นส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นความดันโลหิตต่ำ (hypotension) ทำให้การไหลเวียนเลือดในสมองลดลงความดันเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง (Cerebral perfusion pressure) และเกิดสมองขาดเลือดในที่สุด ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ (hypercapnia) หากมีคาร์บอนไดออกไซด์ที่เพิ่มขึ้นทำให้ความดันเลือดแดงลดลงเลือดไปเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้นส่งผลให้สมองบวมและเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงตามมาแต่หากคาร์บอนไดออกไซด์ลดลงหลอดเลือดจะหดตัว ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะลดลง ภาวะซีด (anemia) หากมีภาวะซีดทำให้มีจำนวนเม็ดเลือดที่จะไปจับกับออกซิเจนเพื่อไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ลดลงไปสู่สมองไม่เพียงพอสมองพร่องออกซิเจนและนำไปสู่ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (American College of Surgeon, 2018)

6. เครื่องมือและการเลือกใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินทางระบบประสาท จะช่วยบอกถึงความรุนแรงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการประเมินที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งถือว่าการประเมินที่สำคัญเพราะสามารถบอกตำแหน่งพยาธิสภาพและแนวโน้มของโรค รวมไปถึงแนวทางการรักษาโรคได้ การประเมินระบบประสาทมีหลายวิธีดังนี้

6.1 การประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ Glasgow coma scale (GCS) สามารถแบ่งระดับได้ ดังนี้ (วาสนา มูลฐิ และคณะ, 2559; สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2564; โสพรรณ โพทะยะ, 2562)

6.1.1 การลืมตา (Eye Opening: E)

ลืมตาเอง	4	คะแนน
ลืมตาเมื่อเรียก	3	คะแนน
ลืมตาเมื่อมีการกระตุ้นให้เจ็บ	2	คะแนน
ไม่ลืมตาต่อการกระตุ้น	1	คะแนน

6.1.2 การพูดได้ตอบ (Verbal Response: V)

พูดได้ตอบได้ปกติ	5	คะแนน
พูดได้ตอบได้แต่สับสน	4	คะแนน
พูดได้เป็นคำ	3	คะแนน
ส่งเสียงไม่เป็นคำ	2	คะแนน
ไม่ส่งเสียงต่อสิ่งเร้า	1	คะแนน

6.1.3 การเคลื่อนไหว (Motor Response: M)

เคลื่อนไหวตามคำสั่งได้	6	คะแนน
เคลื่อนไหวบิดตำแหน่งเจ็บได้	5	คะแนน
เคลื่อนไหวได้แต่บิดตำแหน่งเจ็บไม่ได้	4	คะแนน
แขนงอเกร็งขาเหยียดเกร็ง	3	คะแนน
แขนและขาเหยียดเกร็ง	2	คะแนน
ไม่มีการเคลื่อนไหวแม้มีสิ่งเร้ากระตุ้น	1	คะแนน

การแปลผลความรุนแรง ของระดับความรู้สึกตัวจากการประเมินโดยใช้แบบประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS) จะมีระดับคะแนนเต็ม 15 คะแนน สามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้ดังนี้ (อาภรณ์ คำก้อน และคณะ, 2565)

ระดับคะแนน 3-8 คะแนน หมายถึง สมองมีการบาดเจ็บแบบรุนแรงมาก (Severe)

ระดับคะแนน 9-12 คะแนน สมองมีการบาดเจ็บแบบรุนแรงปานกลาง (Moderate)

ระดับคะแนน 13-15 คะแนน หมายถึงสมองมีการบาดเจ็บแบบรุนแรงน้อย (Mild)

6.2 การประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) เป็นการตรวจทางระบบประสาทที่คล้ายคลึงกับการตรวจ Glasgow Coma Scale (GCS) แตกต่างกันในบางประเด็น โดย NIHSS จะมีการประเมินด้าน Cognition ร่วมด้วยเพื่อประเมินความรุนแรงของโรคซึ่งจะมีการประเมินด้านต่าง ๆ ดังนี้ (อาภรณ์ คำก้อน และคณะ, 2565)

6.2.1 ระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness: LOC) มีระดับคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน ดังนี้

0 = รู้สึกรู้ตัวดี

1 = ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นได้

2 = ไม่รู้สึกตัว ต้องกระตุ้นซ้ำหรือทำให้เจ็บ

3 = ไม่รู้สึกตัว ตอบสนองเฉพาะรีเฟล็กซ์

6.2.2 สามารถบอกเดือนและอายุได้ (LOC Question) โดยมีระดับคะแนนระหว่าง 0-2 คะแนน ดังนี้

0 = ตอบได้ถูกต้องทั้ง 2 ข้อ

1 = ตอบถูกเพียง 1 ข้อ

2 = ไม่สามารถตอบคำถามได้หรือตอบผิดทั้ง 2 ข้อ

6.2.3 หลับตา-ลืมตา และกำมือ คลายมือข้างที่ไม่เป็นอัมพาตได้หรือไม่ (LOC Commands) โดยมีระดับคะแนนระหว่าง 0-2 คะแนน ดังนี้

- 0 = ทำได้ถูกต้องทั้ง 2 อย่าง
- 1 = ทำได้ถูกต้องเพียงอย่างเดียว
- 2 = ไม่ทำตามคำสั่งหรือไม่ถูกต้อง

6.2.4 การเคลื่อนไหวของตา (Best Gaze) โดยมีระดับคะแนน 0-2 คะแนน ดังนี้

- 0 = มองตามได้เป็นปกติ
- 1 = ตาข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้างเหลื่อมมองไปทางด้านข้างแต่ไม่สุด
- 2 = เหลื่อมตามองไปด้านข้างไม่ได้เลย หรือองไปด้านใดด้านหนึ่งสุด

โดยไม่สามารถแก้ไขได้ด้วย oculoccephalic maneuver

6.2.5 การมองเห็น (Visual Fields) การตรวจการมองเห็นนี้ผู้ตรวจจะตรวจทีละข้าง โดยอาจใช้มือปิดตาอีกข้างหนึ่งก่อนในการทดสอบนี้ผู้ทดสอบต้องทำการทดสอบอย่างรวดเร็ว เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีการปรับสายตาได้ก่อน และถ้าผู้ป่วยไม่ทำตามสั่ง หรือไม่สามารถเข้าใจคำสั่ง ผู้ตรวจอาจใช้วิธี Threaten โดยใช้นิ้วมือชี้ลงไปที่ตาผู้ป่วยทีละข้างตามแนวองศาของลานสายตาปกติ ซึ่งลานปกติของ ด้านข้างซ้ายจะมองเห็นได้กว้างประมาณ 90 องศา ด้านข้างขวา 60-70 องศา ด้านบน 50 องศาและ ด้านใต้ 70-75 องศา เมื่อมองพร้อมกันทั้งสองตาลานเห็นของตาแต่ละข้างจะเหลื่อมกันตรงกลางในการตรวจลานเห็นมักจะตรวจทีละข้าง ลานเห็นที่ผิดปกติไป เช่น แคบลง หรือบางส่วนขาดหายไป ดังนั้นผู้ตรวจจะต้องทำมุมกับวัตถุที่ใช้ตรวจให้เหมาะสมและอยู่ห่างจากผู้ป่วย 1 ฟุต การแปลผลมีระดับคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน ดังนี้

- 0 = ลานสายตาปกติ
- 1 = ลานสายตาผิดปกติบางส่วน (Partial Hemianopia)
- 2 = ลานสายตาผิดปกติครึ่งซีก (Complete Hemianopia)
- 3 = มองไม่เห็นทั้ง 2 ตา (ตาบอด)

6.2.6 การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้า (Facial Palsy) การตรวจจะให้ผู้ป่วยยิ้มแล้วสังเกตว่ารอยยิ้มข้างแก้มทั้งสองข้างและกล้ามเนื้อบริเวณแก้มยกเท่ากันหรือไม่ โดยจะมีระดับคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน ดังนี้

- 0 = ไม่พบการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า
- 1 = กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงเล็กน้อย พอสังเกตเห็นมุมปากตกหรือไม่เท่ากันเมื่อยิ้ม
- 2 = กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงแม้ๆ แต่ยังพอเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อได้บ้าง
- 3 = ไม่สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างได้เลย

6.2.7 กำลังของกล้ามเนื้อแขน (Motor Arm) มีระดับคะแนนระหว่าง 0-4 คะแนน ดังนี้ (การให้คะแนนระหว่าง 3 กับ 4 มีความต่างกันตรงที่ การให้ 3 คะแนนผู้ตรวจจะเห็นผู้ป่วยมีความพยายามที่จะยกแขนขึ้น จะมีกล้ามเนื้อไหวบ้าง เช่น ในแนวราบ ส่วนการให้ 4 คะแนนผู้ป่วยจะไม่มีอาการขยับหรือเคลื่อนไหวเลย)

0 = ยกแขนสูง 90 องศาทำมุมกับลำตัวในท่านั่ง หรือ 45 องศาในท่านอนหงาย และสามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้ตลอด 10 วินาที

1 = ยกแขนสูง 90 องศาทำมุมกับลำตัวในท่านั่ง หรือ 45 องศาในท่านอนหงาย และสามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้เพียงครั้งเดียวไม่ถึง 10 วินาทีโดยที่แขนไม่ตกลงบนเตียง

2 = ยกแขนขึ้นได้บ้างแต่ไม่ถึงหรือไม่สามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้ จากนั้นแขนตกลงบนเตียง

3 = ไม่สามารถยกแขนขึ้นได้

4 = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแขน

6.2.8 กำลังของกล้ามเนื้อขา (Motor Leg) มีระดับคะแนน 0-4 ดังนี้

0 = สามารถยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นให้สะโพกทำมุม 30 องศากับพื้นในท่านอนหงายและคงตำแหน่งที่ต้องการได้ตลอด 5 วินาที

1 = สามารถยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นให้สะโพกทำมุม 30 องศากับพื้นในท่านอนหงายได้ครั้งเดียว โดยไม่ถึง 5 วินาทีที่ต้องลดขาลงมาแต่ขาไม่ตกลงบนเตียง

2 = ยกขาได้บ้างในท่านอนหงายแต่ไม่ถึงตำแหน่งที่ต้องการ ขาตกลงบนเตียงก่อน 5 วินาที

3 = ไม่สามารถยกขึ้นจากเตียงได้ในท่านอนหงาย

4 = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อขา

6.2.9 การประสานงานของแขนขา (Limb Ataxia) มีระดับคะแนนระหว่าง 0-2 คะแนน ดังนี้

0 = การประสานงานของแขนขาทั้งสองข้างปกติ

1 = พบมีปัญหาการประสานงานของแขนหรือขา 1 ข้าง

2 = พบมีปัญหาการประสานงานของแขนหรือขา 2 ข้าง

UN = แขนหรือขา พิกัดหรือถูกตัดหรือพบมีปัญหาข้อติดที่ไม่สามารถแปลผลการตรวจได้

6.2.10 การรับรู้ความรู้สึก (Sensory) ผู้ตรวจจะใช้ไม้จิ้มฟันปลายแหลมทำการทดสอบในตำแหน่งที่ต่างกัน หรือตรงกันข้ามเพื่อให้ผู้ป่วยได้เปรียบเทียบความรู้สึกเหมือนหรือแตกต่าง โดยมีระดับคะแนนระหว่าง 0-2 คะแนน ดังนี้

0 = การรับรู้ความรู้สึกเป็นปกติ

1 = สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกในระดับน้อยถึงปานกลาง การรับรู้ความรู้สึกจากวัสดุแหลมคมลดลงบ้าง แต่ผู้ป่วยสามารถบอกได้ถึงความรู้สึกบริเวณที่ถูกกระตุ้น

2 = สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกในระดับรุนแรงหรือไม่รู้สึกว่าถูกสัมผัส

6.2.11 ความสามารถด้านภาษา (Best Language) การให้คะแนนจะให้ผู้ป่วยอธิบายรูปภาพหรือบอกชื่อภาพที่เห็น ถ้าบอกผิดมากกว่า 50% ให้ 2 คะแนน ถ้าบอกถูกบ้างแต่ไม่เกิน 50% ให้ 1 คะแนน ระดับคะแนนจะอยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน ดังนี้

0 = การสื่อภาษาเป็นปกติ

1 = การสื่อภาษาสูญเสียในระดับน้อยถึงปานกลาง พบการสื่อภาษาที่ไม่ต่อเนื่อง สูญเสียความเข้าใจหรือความสามารถในการใช้ภาษาสื่อสารแต่ยังพอที่จะเข้าใจว่าผู้ป่วยกำลังพูดถึงอะไรอยู่

2 = การสื่อภาษาสูญเสียอย่างรุนแรงผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารให้ผู้ตรวจเข้าใจได้ และผู้ทดสอบไม่สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยกำลังพูดถึงอะไร

3 = ไม่พูด หรือมี Global Aphasia (ไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพยายามสื่อ ไม่สามารถแสดงท่าทาง พูด และเขียนให้ผู้อื่นเข้าใจ)

6.2.12 การออกเสียง (Dysarthria) มีระดับคะแนนระหว่าง 0-2 คะแนน ดังนี้

0 = พูดได้ชัดเจนปกติ

1 = พูดไม่ชัดเล็กน้อยถึงปานกลางผู้ตรวจพอเข้าใจได้

2 = พูดไม่ชัดอย่างมากหรือไม่พูดผู้ตรวจไม่สามารถเข้าใจได้

6.2.13 การขาดความสนใจในด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย (Extinction and Inattention) โดยมีระดับคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน ดังนี้

0 = ไม่พบความผิดปกติ

1 = มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งของการรับรู้ในการมองเห็น การสัมผัส การได้ยิน เมื่อมีการกระตุ้น 2 ข้างพร้อมกัน

2 = มีความผิดปกติในการรับรู้มากกว่า 1 อย่างหรือผู้ป่วยไม่รับรู้ว่าเป็นมือของตนเอง หรือสนใจสิ่งเร้าเพียงด้านเดียว

6.2.14 การแปลผลความรุนแรงของระดับความรู้สึกตัวจากการประเมินโดยใช้แบบประเมิน NIHSS จำแนกออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 25 ผู้ป่วยมีความรุนแรงมากที่สุด (Very Severe Impairment)

คะแนน 15-24 ผู้ป่วยมีความรุนแรงมาก (Severe Impairment)

คะแนน 5-14 ผู้ป่วยมีความรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง (Mild to Moderately)

คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ผู้ป่วยมีความรุนแรงน้อย (Mild Impairment)

จะเห็นได้ว่าหากเนื้อสมองได้รับการบาดเจ็บและเกิดการเสียหายมากเท่าไร ระดับคะแนน GCS จะน้อยลง แต่ในทางกลับกันระดับคะแนนของการประเมินโดยใช้ NIHSS จะมีคะแนนที่สูง ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้ใช้การประเมิน Glasgow coma scale (GCS) เนื่องจากไม่มีความซับซ้อน รวดเร็ว และเป็นที่ยอมรับในช่วงแรกของการนอนโรงพยาบาล จึงนำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือด และเป็นการใช้ที่แพร่หลายในสถานพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ เพื่อความเหมาะสมและป้องกันความคลาดเคลื่อนผู้วิจัยจึงเลือกใช้ Glasgow coma scale (GCS)

7. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้เกิดปัญหาทางระบบประสาท เนื่องจากมีความบกพร่องในระบบไหลเวียนเลือดในสมองส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติ ดังนี้ (Feigin et al., 2021)

7.1 ผลกระทบต่อร่างกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทั่วไป จะพบความผิดปกติ ซึ่งลักษณะทางคลินิกจะบอกให้ทราบถึงตำแหน่งของรอยโรคในสมองส่วนความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับขนาดของรอยโรคและพยาธิสภาพในสมองของผู้ป่วยในเรื่องความบกพร่องของระบบประสาทส่วนกลางนั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบังคับร่างกายให้ทำงานตามที่ต้องการได้ เกิดปัญหาและผลกระทบต่อร่างกาย ดังนี้ กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก (spasticity) การเคลื่อนไหวข้อต่อและกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน (in-coordination) การทรงตัวพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองส่วน cerebellum หรือมี vestibular dysfunction สูญเสียการสั่งการด้านความเข้าใจภาษา (Apraxia) พร่องการสื่อสาร (Communication disorder) เสียการรับรู้และประสาทสัมผัส (Cognition) ความผิดปกติด้านการกลืน (Dysphagia) การลดลงของระดับสติปัญญา (Intellectual function) เสียการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ

7.2 ผลกระทบด้านจิตใจ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่คาดคิดทำให้เกิดความเครียดทั้งกับผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นโรคหลอดเลือดสมองอาจเป็นภัยคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยในระยะแรก ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความกลัววิตกกังวลเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วย โดยแสดงปฏิกิริยาออกมา เช่น กลัว ซึมเศร้า ปฏิกิริยา หรือโกรธ ผลกระทบทางจิตใจเกิดจากความบกพร่องทางระบบประสาททำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรได้เหมือนเคยไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้เหมือนเคย เกิดความอึดอัดคับข้องใจด้วยค่าในตนเองจึงแสดงอารมณ์หรือพฤติกรรมในรูปแบบต่าง ๆ

อารมณ์และพฤติกรรม ที่พบบ่อยคืออารมณ์ซึมเศร้าพบร้อยละ 11 - 68 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความสนใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร การนอนผิดปกติ เบื่อชีวิต และมีความคิดฆ่าตัวตายในบางราย

7.3 ผลกระทบด้านสังคมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาทางกายภาพที่เห็นได้ชัดเจนจึงทำให้ ผู้ป่วยแยกตนเองและห่างเหินจากสังคมเนื่องจากเกิดความอับอายต่อความพิการที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยสูญเสีย self-esteem รู้สึกหมดหวังและถ้าหากมีปฏิกิริยาจากสังคมในแง่ลบก็จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยหลบเลี่ยงสังคมมากขึ้น

จะเห็นได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่าง ๆ มากมาย ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ เนื่องจาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีอาการพิการความผิดปกติต่าง ๆ ตามมา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม ต้องเป็นภาระของผู้อื่น ดังนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจึงต้องได้รับความกำลังใจจากคนรอบข้าง การฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนปกติหรือใกล้เคียง และทำให้มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

สมาชิกครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันหลักและสถาบันพื้นฐาน เป็นหน่วยย่อยที่เล็กที่สุดของสังคมแต่มีความสำคัญที่สุดเพราะครอบครัวเป็นพื้นฐานแรกในการพัฒนาคุณภาพคน เป็นบ้านหลอมบ่มเพาะคุณลักษณะที่งดงามของความเป็นมนุษย์ให้กับสังคม

1. ความหมายของสมาชิกครอบครัว

คุล (Kühl, 2023) ได้ให้ความหมายของสมาชิกครอบครัวว่า เป็นบุคคลที่มาอยู่ร่วมกันโดยการสมรสหรือความผูกพันทางสายเลือดทั้งที่อาศัยอยู่ร่วมกันและไม่ได้อยู่ร่วมกัน โดยจะมีการติดต่อสื่อสารถ่ายทอดวัฒนธรรมประจำชาตินั้น ๆ ให้แก่กันและกัน เช่น เป็นบิดา มารดา บุตร โดยมีกรอบวัฒนธรรมความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี ร่วมกัน

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว พ.ศ. 2547-2556 ได้ให้ความหมายของสมาชิกครอบครัวว่า เป็นกลุ่มบุคคลที่ผูกพันใช้ชีวิตร่วมกันอาจมีความผูกพันทางสายเลือดหรือไม่ก็ได้ โดยถือว่าครอบครัวเป็นรากฐานสำคัญ เป็นสถาบันหลัก (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2550)

ดังนั้นสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงหมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด หรือทางกฎหมาย หรือมีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจโดยมีการพึ่งพากันภายใต้วัฒนธรรมเดิมและ/หรือสร้างวัฒนธรรมใหม่ และใช้ชีวิตร่วมกัน เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย สามี ภรรยา บุตร หลาน เป็นต้น

2. ความสำคัญของครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันรากฐานที่สำคัญที่สุดที่สร้างคนให้แก่สถาบันอื่น ๆ ในสังคมเป็นแหล่งให้กำเนิดมนุษย์ เพื่อสร้างสมาชิกใหม่ทำหน้าที่สั่งสอน อบรม เลี้ยงดู ส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ปัญญา ให้รู้จักกฎเกณฑ์ ค่านิยม แบบอย่างและความประพฤติเพื่อให้ออกไปเผชิญกับสิ่งแวดล้อมภายนอกตลอดจนการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม (นภาศิริ ทนชัย, 2564) นอกจากนี้ครอบครัวยังทำหน้าที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ให้แก่บุตรหลาน อบรมบ่มนิสัย และปลูกฝังพฤติกรรมพื้นฐานของบุคคล ครอบครัวมีความสำคัญเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วย เพราะมีบทบาทอย่างมากในการส่งเสริมดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมไปถึงการฟื้นฟูสภาพที่ดีในกายหน้าเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยและมีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไปก็ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวคนอื่นเกิดความไม่สุขสบายใจ และส่งผลต่อความเครียดทางร่างกายและจิตใจตามมา (วนัญญา แก้วแก้วปาน, 2560) ครอบครัวจึงเป็นจุดเริ่มต้นของสังคม เป็นแหล่งให้กำเนิดสมาชิกใหม่ มีหน้าที่อบรมเลี้ยงดู ดังนั้นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีความสำคัญเพราะถือเป็นความสัมพันธ์ที่ก่อเกิดขึ้นอย่างใกล้ชิด เมื่อสมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดการเจ็บป่วยมีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไปย่อมส่งผลกระทบต่อให้สมาชิกครอบครัวเกิดความไม่สุขสบายใจและส่งผลต่อความเครียดทางร่างกายและจิตใจตามมา

3. ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว

ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ถือเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวที่มีความผูกพันต่อกัน ทำให้สมาชิกครอบครัวรักใคร่สมัคปรองดองสามัคคีกันและช่วยสร้างการมีสุขภาพจิตที่ดี แข็งแรงสมบูรณ์ ความสัมพันธ์ในครอบครัวถือว่ามีมีความสำคัญเพราะมีส่วนช่วยให้ครอบครัวมีความมั่นคง มีความเข้มแข็งและมีความสุขและยังเป็นเครื่องป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพด้วย (นวลฉวี ประเสริฐกุล, 2558) โดยเริ่มต้นจากความรัก ความอบอุ่น ที่มีต่อกัน ของพ่อ แม่ และลูก ความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัวนั้นเกิดจากปัจจัยหลายประการ ดังนี้ (วนัญญา แก้วแก้วปาน, 2560)

3.1 ความผูกพันในครอบครัว ครอบครัวที่ดีต้องช่วยกันประคับประคองชีวิตครอบครัวให้ราบรื่นมั่นคงด้วยความรักและเอาใจใส่ ในครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้างกันความผูกพันที่เคยมีจะถูกตัดทอนให้หายไปคนเหล่านี้จะรู้สึกขาดความรัก ความอบอุ่น และถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว ความผูกพันจึงเป็นสิ่งที่จะทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวเหนียวแน่นเกิดความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นของสมาชิกในครอบครัว

3.2 การเอาใจใส่ การให้ความสนใจ และการสนับสนุนระหว่างสมาชิกในครอบครัว ตามความต้องการระหว่างสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสมและมีความพอดี จะช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว แต่การเอาใจใส่หรือให้ความสนใจสมาชิกในครอบครัวที่มากเกินไป อาจทำให้

บุคคลที่ได้รับการเอาใจใส่เกิดความรำคาญและไม่เป็นตัวของตัวเอง ส่งผลทางลบต่อความสัมพันธ์ทางลบของสมาชิกในครอบครัวได้

3.3 ความเข้าใจ เป็นพื้นฐานของการอยู่ร่วมกันหรือปรับตัวเข้าหากันสิ่งที่สมาชิกครอบครัวควรเข้าใจก็คือ ลักษณะนิสัยใจคอ ข้อดีและข้อบกพร่องของแต่ละคน เพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้งขึ้นภายในครอบครัว

3.4 การพูดจาเป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้างหรือทำลายความสัมพันธ์ภายในครอบครัว นอกจากการพูดจาให้เกียรติกันแล้วสมาชิกในครอบครัวควรรู้จักแสดงความรู้สึกที่ดีต่อกัน เช่น การแสดงความรัก คำชมเชย การให้กำลังใจ การปลอบใจ แต่หากเกิดความไม่พอใจหรือการขัดแย้งก็ควรหาโอกาสพูดคุยปรับความเข้าใจกันภายในครอบครัว

ดังนั้นปัจจัยที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย ความผูกพัน ความเอาใจใส่ ความเข้าใจซึ่งกันและกันของคนในครอบครัว รวมไปถึงการพูดจาต่อกันของคนในครอบครัว เช่น การพูดให้เกียรติกัน ให้กำลังใจ ไม่พูดจาทำร้ายกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลในครอบครัวมีความรักความผูกพันที่ดีต่อกัน

4. ผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันโดยไม่คาดคิด การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวได้ ดังนี้

4.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

ผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยโดยไม่คาดคิดสมาชิกครอบครัวกลัวที่จะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และต้องเผชิญกับอาการผู้ป่วยที่ไม่คงที่ เกิดความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งสภาวะนี้เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่มีผลโดยตรงต่อการนอนหลับของสมาชิกครอบครัวอย่างมาก สมาชิกครอบครัวมักจะนอนไม่หลับ นอนหลับยาก (จารุวรรณ เวียร์ร่า, 2564) สมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา (American Psychiatric Association, 1994) กำหนดให้อาการนอนไม่หลับเป็นโรคหนึ่งทางจิตเวช โดยความวิตกกังวล ความเครียด มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับยาก ตื่นบ่อยตอนกลางคืน และรู้สึกว่อนนอนหลับได้ไม่เต็มอิ่ม เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นร่างกายจะมีการหลั่งอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไตชั้นใน และคอร์ติโซนจากต่อมหมวกไตชั้นนอก ทำให้อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิตและความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ผู้ที่มีภาวะเครียดจะมีปัญหาการนอนไม่หลับมากกว่าผู้ที่ไม่มีความเครียดถึง 3-4 เท่า และการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว และอาจเกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลขึ้น และส่งผลให้มีการร้าวทางความคิดและอารมณ์ ทำให้ขบวนการนอนหลับเป็นไปได้ยากขึ้น (จารุวรรณ เวียร์ร่า, 2564) นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวบางรายอาจรับประทานอาหารได้ลดลง การดูแลตนเองลดลง ส่วนสมาชิกครอบครัวที่มีโรคประจำตัวอาจส่งผลให้ได้รับการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เพราะเกิดความวิตกกังวล

หรือความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดการคุกคามต่อร่างกายจนทำให้เวลาในการดูแลตนเอง (อริยพร จันทราสินธุ์, 2560)

4.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองโดยไม่คาดคิด สมาชิกครอบครัวได้รับผลกระทบ โดยจะเกิดความวิตกกังวลใจกลัว หรือรู้สึกสับสน เนื่องจากผู้ป่วยเกิดความเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน โดยช่วง 24-72 ชั่วโมงแรกของการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (อริยพร จันทราสินธุ์, 2560) และสมาชิกครอบครัวเกิดความเครียดเนื่องจากตกใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ต่อมาจะรู้สึกอ่อนแอ เคืองคว้าง หากไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอจากบุคลากรทางการแพทย์ ก็จะส่งผลต่อจิตใจอาจทำให้เกิดความเครียดมากขึ้นและซึมเศร้าตามมา (จารุวรรณ เวียร์รา, 2564; อริยพร จันทราสินธุ์, 2560)

4.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง หรือทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ลดลง ทำให้รายได้ครอบครัวลดลง ขณะที่ภาระค่าใช้จ่ายผู้ป่วยสูงขึ้น สมาชิกครอบครัวบางครอบครัวอาจต้องหยุดงานเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วย ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา และค่าดำรงชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยบางรายอาจมีค่าใช้จ่ายส่วนบุคคลเพิ่มสูงขึ้น เช่น เครื่องดูแลหยาที่นอนป้องกันแผลกดทับ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้ และมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นนำไปสู่ความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่มากขึ้น (จารุวรรณ เวียร์รา, 2564; อริยพร จันทราสินธุ์, 2560)

ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลต่อสมาชิกครอบครัวทั้งด้านร่างกายด้านจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียดขึ้นได้

ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซาลัสและโฟล์คแมน

ทฤษฎี Cognitive Appraisal Model หรือ Stress-Coping Theory โดยลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้ให้ความหมายของความเครียด ว่าความเครียดเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม บุคคลจะเป็นผู้ประเมินว่าสถานการณ์นั้น ๆ เป็นสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตรายหรือไม่ ดังนั้น ความเครียดจึงขึ้นอยู่กับ 3 สิ่ง คือ บุคคล สิ่งแวดล้อม และการประเมินสถานการณ์ (Cognitive appraisal) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Lazarus & Folkman, 1984)

1. ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ (Cognitive appraisal)

1.1 การประเมินปฐมภูมิ (Primary appraisal) คือการใช้สติปัญญา ความรู้ และประสบการณ์มาประเมินสถานการณ์แล้วตัดสินว่ามีผลกระทบหรือไม่อย่างไร ผลการประเมินแบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ

1.1.1 เหตุการณ์นั้นไม่มีผลกระทบต่อตนเอง (irrelevant)

1.1.2 เหตุการณ์นั้นทำให้เกิดผลดี หรือเป็นประโยชน์ (Positive)

1.1.3 เหตุการณ์นั้นทำให้เกิดผลกระทบต่อตนเอง คือ เป็นอันตรายหรือสูญเสียต่อตนเอง (harm/loss) เป็นสิ่งคุกคาม (threat) เป็นสิ่งท้าทาย (challenge) การจะประเมินสถานการณ์ว่าเครียดหรือไม่ระดับใด ขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัย ได้แก่ สถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factor) และด้านตัวบุคคล (personal factor) (Lazarus & Folkman, 1984)

ปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factor) เป็นลักษณะของสถานการณ์ว่าเคยมีประสบการณ์มาก่อนหรือไม่ รวมถึงความรุนแรงและความไม่แน่นอนของสถานการณ์ ถ้าหากว่าเคยมีประสบการณ์อาจทำให้ประเมินว่าเหตุการณ์นั้นไม่มีผลกระทบต่อตนเอง ส่วนปัจจัยด้านตัวบุคคล (personal factor) ได้แก่ การตีความหมายการประเมินสถานการณ์นั้นว่ามีความสำคัญและมีความหมายกับบุคคลนั้นมากน้อยเพียงใด หากมีความสำคัญมากจะส่งผลให้มีความเครียดที่มากขึ้น และความเชื่อหากบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ก็จะประเมินเหตุการณ์นั้นว่าเป็นสิ่งท้าทาย แต่หากบุคคลนั้นเชื่อว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์นั้น ๆ ได้ก็จะประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นอันตรายหรือเป็นสิ่งคุกคาม

1.2 การประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) ถ้าบุคคลนั้นประเมินแล้วว่าสิ่งที่มากระทบต่อตนเองนั้นมีลักษณะเป็นอันตราย เป็นสิ่งคุกคาม หรือเป็นสิ่งที่ท้าทาย จะมีการประเมินแหล่งประโยชน์ที่จะจัดการกับเหตุการณ์ สถานการณ์ หรือสิ่งที่คุกคามนั้น (Kaneko et al., 2021) หากไม่สามารถหาแหล่งประโยชน์เพื่อจัดการกับเหตุการณ์ได้หรือไม่มีแหล่งประโยชน์เพียงพอจะเกิดความเครียด

2. ขั้นตอนที่ 2 การเผชิญความเครียด (Coping) ขั้นตอนนี้จะเกิดขึ้นเมื่อผ่านการประเมินจากขั้นตอนที่ 1 แล้วเห็นว่าเป็นอันตรายหรือคุกคาม การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามทั้งการกระทำและความรู้สึที่จะจัดการกับความเครียดนั้น บุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ คือ บุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่กระบวนการเผชิญความเครียดซึ่งมีทั้งหมด 2 แบบ ได้แก่ การมุ่งแก้ปัญหา และการรับมือกับอารมณ์ (Lazarus & Folkman, 1984) ดังนี้

2.1 การเผชิญความเครียดโดยการมุ่งแก้ปัญหา (Problem-Based Coping-Used) การมุ่งแก้ปัญหาเกิดขึ้นเมื่อบุคคลผู้นั้นรู้สึกว่าจะตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เนื่องจากเป็น การกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์นั้นไปในทางที่ดีขึ้น โดยการมุ่งแก้ไขที่ตัวปัญหา เช่น การยอมรับกับ

สถานการณ์ที่เกิด การหาข้อมูลและทรัพยากร หาวิธีแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม การยอมรับการเจ็บป่วย ซึ่งการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มี 4 ขั้นตอน คือ

2.1.1 การระบุสาเหตุของปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดให้ชัดเจน
 2.1.2 การกำหนดวิธีการแก้ปัญหาที่มีความเป็นไปได้และความหลากหลาย
 2.1.3 เลือกวิธีที่ดีที่สุดและคิดว่าเหมาะสมกับปัญหาและนำมาจัดการกับความเครียดนั้น ๆ

2.1.4 ประเมินและหากพบว่าความเครียดยังไม่ได้รับการแก้ไขหรือดีขึ้น ก็ทำการหาวิธีใหม่ที่เหมาะสม

2.2 การเผชิญความเครียดโดยการรับมือกับอารมณ์ (Emotional-Based Coping-Used) เมื่อบุคคลไม่สามารถจัดการหรือหลีกเลี่ยงกับสาเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้นได้ก็จะพยายามที่จะจัดการกับอารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข โดยไม่ได้แก้ที่สาเหตุหรือไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงปัญหานั้น เป็นการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายในการป้องกันตนเอง เช่น การกลบเกลื่อน (suppression) การเก็บกด (depression) การตำหนิกล่าวโทษผู้อื่น (projection) การเข้าข้างตนเอง (rationalization) การปฏิเสธความจริง (avoiding) การเบี่ยงเบนความสนใจ (sublimation) การออกกำลังกาย (exercise) การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดหรือยานอนหลับ การระบายอารมณ์โกรธ เป็นต้น

3. ขั้นตอนที่ 3 การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการประเมินหลังจากทำขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 แล้วเพื่อประเมินว่ายังคงมีความเครียดอยู่หรือไม่ถ้าหากยังคงมีก็จะเข้าสู่ขั้นที่ 1 และ 2 ใหม่จนกว่าความเครียดนั้นจะทุเลา บรรเทา (Lazarus & Folkman, 1984)

ลาซาลัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) มองผลของการเผชิญความเครียดต่อการปรับตัว 3 ด้าน คือ 1. การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง การคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคมรอบข้าง 2. ขวัญกำลังใจคือ ความพึงพอใจในการกระทำของตนเองตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ 3. ภาวะสุขภาพ ความเครียดมีโอกาสนำให้บุคคลเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งถ้าหากบุคคลเกิดการปรับตัวต่อความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องมีผลลัพธ์ทั้งสามด้าน คนที่สามารถปรับตัวได้ดีก็จะรู้จักประเมินสถานการณ์ให้ตรงความเป็นจริงมีความสอดคล้องกัน รู้จักเลือกวิธีที่เหมาะสมในการเผชิญกับความเครียด รวมทั้งรู้จักจัดการกับความความรู้สึกที่ไม่เป็นผลดีกับตนเอง

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความเครียด เป็นสิ่งหนึ่งที่ร่างกายตอบสนองกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้เรามีการตอบสนองต่อเรื่องราวต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ความเครียดสามารถเกิดได้ทุกแห่งทุกเวลา และยังเป็นระบบเตือนภัยของร่างกายให้เตรียมพร้อมที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การมีความเครียดน้อยหรือมากเกินไปไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อหัวใจเต้นเร็วแน่นท้องมือเท้าเย็น

1. ปัจจัยที่มีผลกับการเกิดความเครียด

ปัจจัยที่มีผลกับการเกิดความเครียด คือ สิ่งที่มากระทบร่างกายจิตใจอารมณ์ทำให้เกิดความเครียดมีปัจจัยหลัก 2 ปัจจัยดังนี้ (คณิน จินตนาปรามิทย์ และพรชัย สิริศรีธัญกุล, 2562; จิรณัฐ จิตตราทร, 2563; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2562)

1.1 ปัจจัยภายนอก คือ ความเครียดที่ได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอก เช่น สภาพแวดล้อมทั่วไป สภาพเศรษฐกิจรายได้ เรื่องงาน การหย่าร้าง หรือความขัดแย้งในความสัมพันธ์ เป็นต้น

1.2 ปัจจัยภายใน คือ ความเครียดที่เกิดจากภายในตัวบุคคล เช่น ลักษณะนิสัย ลักษณะเฉพาะทางอารมณ์ของบุคคลชอบแข่งขันสูง การชอบเอาชนะ คนที่เข้มงวดจริงจัง คนที่มีอารมณ์รุนแรงเป็นประจำ หรือคนที่ใจร้อนไม่ชอบรอคอย เป็นต้น

เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล มีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง เช่น ไม่สามารถสื่อสารหรือเคลื่อนไหวเป็นปกติ รวมถึงมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวผู้ป่วยสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันโดยไม่ได้มีการเตรียมพร้อม อาจทำให้สมาชิกครอบครัวประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตของตนเองเนื่องจากบุคคลอื่นเป็นที่รักเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียดสูงได้ โดยมีงานวิจัยของ อรทัย วงศ์อินอยู่, รัชฎาพร ประสานเนตร, และอภิญญา วงศ์ชาลี (2562) พบว่า สถานการณ์ความเครียดจากสภาพร่างกายผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่รุนแรง ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวที่น้อย หรือไม่รู้สีกตัวต้องใส่ท่อช่วยหายใจ อีกทั้งมีอุปกรณ์การแพทย์ที่ติดตัว ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความทุกข์จากความไม่สบายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือพิการ จึงส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีความเครียดในระดับสูงพบได้ในระยะเวลา 24-72 ชั่วโมงแรกสอดคล้องกับการศึกษาของ วลัยนารี พรหมลา และทิวาพร พูเพื่อง (2561) ที่พบว่า สถานการณ์ความเครียดจากการไม่รู้สีกภาวะที่แน่นอนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพราะผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้สมาชิกครอบครัวกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต เกิดความไม่แน่นอนในอาการของผู้ป่วย ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีความเครียด

จะเห็นได้ว่าการการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยสูญเสียระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ การยับยั้งของแขนและขา ต้องอยู่ในสภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ส่งผลให้สมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความเครียดได้

2. การประเมินระดับความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมการประเมินความเครียดสามารถแบ่งเป็นระดับ ดังนี้

2.1 ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นหรือสิ้นสุดในช่วงเวลาสั้น ๆ เกิดจากสถานการณ์ที่เป็นภัยคุกคามเพียงเล็กน้อย อาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันโดยระดับนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล อีกทั้งสามารถกระตุ้นให้บุคคลมีความกระตือรือร้น และสามารถปรับตัวได้เป็นปกติในเวลาอันรวดเร็ว

2.2 ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate Stress) ความเครียดระดับนี้ รุนแรงกว่าระดับแรก เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเกิดขึ้นในระยะเวลาอาจเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองอาจแสดงออกมาในลักษณะ ของความกลัว ความวิตกกังวล ไม่สามารถแก้ไขหรือปรับตัวได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว เช่น ความเครียดที่เกิดจากการทำงาน ความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยที่รุนแรง เป็นต้น

2.3 ความเครียดระดับสูง (Severe Stress) เป็นความเครียดที่รุนแรงมากสาเหตุเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกันเข้ามาคุกคามอย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ และหากไม่ได้รับการแก้ไขช่วยเหลือในการเผชิญกับความเครียด ก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเบื่อหน่ายและไม่สามารถปรับตัวได้ เช่น ความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยที่รุนแรง การสูญเสียอวัยวะ บุคคล หรือสิ่งของอันเป็นที่รัก เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปว่าระดับความเครียดประกอบด้วย ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและสาเหตุของความเครียดนั้น ๆ เมื่อบุคคลเกิดความเครียดก็จะมี ความพยายามที่จะแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์นั้นทั้งการกระทำและความคิดเพื่อลดความเครียด และกลับสู่สภาวะปกติให้เร็วที่สุด

3. ความหมายของการเผชิญความเครียด

ลาซาลัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า การเผชิญความเครียด หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการพยายามที่จะจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึก ในแก้ไขเหตุการณ์ที่บุคคลนั้นคิดว่าเป็นสิ่งที่คุกคามเพื่อให้ตนเองกลับสู่สภาวะสมดุลตามปกติ

โฮลาเดย์ (Holaday, 1984) กล่าวถึงการเผชิญความเครียดว่า เป็นพฤติกรรมที่บุคคลใช้จัดการเมื่อเกิดสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดโดยพฤติกรรมนั้นเป็นไปอย่างเปิดเผยและไม่เปิดเผย โดยทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ควบคุมสถานการณ์ก่อนเกิดความเครียด และควบคุมความเครียดที่เกิดขึ้น

สุริยา ยอดทอง (2561) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นหลังจากเกิดความเครียด และพยายามทั้งการกระทำและความคิดในการจัดการกับความเครียดโดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอย่างเต็มที่ เพื่อบรรเทาความเครียด

ปรียา สินธุระวิทย์ (2566) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามที่จะจัดการความเครียด บุคคลที่จะเผชิญความเครียดได้ดี คือบุคคลที่เลือกวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น

สรุปได้ว่า การเผชิญความเครียด หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นหลังจากเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามและทำให้เกิดความเครียด โดยบุคคลนั้นใช้ความสามารถและแหล่งประโยชน์ที่มีเพื่อจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกเพื่อเปลี่ยนแปลงหรือบรรเทาสถานการณ์นั้นให้กลับสู่ภาวะปกติ และบรรเทาความเครียดลง

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด

เมื่อบุคคลมีความเครียดจะมีการกระทำซึ่งนิยมเรียกว่าการเผชิญความเครียดเพื่อควบคุมความเครียดหรือจัดการต่อความเครียด การเผชิญความเครียดเป็นกลไกที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลของจิตใจเมื่อถูกรบกวน หรือเป็นแนวทางที่บุคคลใช้เผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ เช่น การปฏิเสธ การถอยหนี การยอมรับหรือต่อสู้ และยังเป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามทำให้ความเครียดลดลงหรือขจัดให้หมดไป (Lazarus & Folkman, 1984) โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียดมีดังนี้

4.1 อายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเครียด และการเผชิญความเครียด เมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะมีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมมากขึ้น เนื่องจากจะมีประสบการณ์ มีกลวิธีในการเผชิญกับปัญหา ทำให้มีวุฒิภาวะที่จะคิดวินิจฉัยตัดสินใจเผชิญปัญหานั้นมากขึ้น โดยผู้ที่มีอายุต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันด้วย (มนทิรา แสงฤทธิ์เดช, 2560)

4.2 ระดับการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษามากกว่า จะช่วยให้ตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาได้ดี ง่ายต่อการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ ส่วนการที่บุคคลมีระดับการศึกษาน้อยจะมีผลต่อการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น อาจทำให้เข้าใจสถานการณ์ไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริงส่งผลให้ความสามารถ ในการเผชิญปัญหาลดลงไปด้วย ((มนทิรา แสงฤทธิ์เดช, 2560)

4.3 รายได้และค่าใช้จ่าย รายได้เป็นอีกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด เนื่องจากรายได้เป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน ผู้ที่มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสในการได้รับความสะดวกสบาย ไม่ต้องกังวลกับค่าใช้จ่าย ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อยอาจเกิดปัญหาค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ

5. ผลกระทบของความเครียดต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรมสุขภาพจิต (2564) กล่าวถึงผลกระทบของความเครียดไว้ว่านอกจากมีผลต่ออารมณ์ และจิตใจ ยังมีผลต่อร่างกายและพฤติกรรมด้วยโดยผลของความเครียดที่มีต่อร่างกายดังนี้

5.1 ผนังหลอดเลือด เมื่อร่างกายเกิดความเครียดร่างกายจะมีความสามารถในการนำออกซิเจนไปสู่เซลล์ต่าง ๆ ได้ไม่ดี เมื่อเซลล์รากผมรับออกซิเจนได้ไม่เต็มที่ ก็จะทำให้เกิดผนังหลอดเลือดแข็งขึ้น

รวมถึงกลไกความเครียดที่ยังทำลายเซลล์ที่ทำหน้าที่สร้างเม็ดสี หรือมิลานินในรากผมทำให้ผมที่ขึ้นใหม่เป็นสีขาวส่วนผมที่มีอยู่แล้วก็จะกลายเป็นสีขาวหรือผมหงอก

5.2 หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ โดยกลไกนี้ส่งผลให้เกิดอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ ใจสั่น เหนื่อยง่ายและส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง

5.3 การทำงานของลำไส้และกระเพาะอาหารแปรปรวน โดยจะทำให้มีแบคทีเรียในทางเดินอาหารเพิ่มจำนวนขึ้น ลำไส้และกระเพาะอาหารเคลื่อนตัวน้อยลง อาหารไม่ย่อยเกิดภาวะท้องอืดท้องเฟ้อมากขึ้น

5.4 การพร่องกันทำงานของตับอ่อน ทำให้การผลิตฮอร์โมนอินซูลินลดลง ส่งผลให้การขนส่งน้ำตาลไปยังเซลล์ต่าง ๆ ลดลง ทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงและอาจเกิดภาวะดื้ออินซูลินตามมาได้ หากเกิดติดต่อกันเป็นเวลานานก็จะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

5.5 การทำงานของระบบขับถ่ายแปรปรวน ทำให้ลำไส้บีบตัวน้อยหรือเคลื่อนตัวน้อยลงเกิดภาวะท้องผูก ในบางรายอาจทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากเกินไปลำไส้มีการตอบสนองไวเกิดการบีบตัวหรือเคลื่อนตัวมากจนเกิดอาการท้องเสีย

5.6 การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันแปรปรวน เกิดจากเม็ดเลือดขาวสูญเสียประสิทธิภาพในการตรวจจับสิ่งแปลกปลอมที่เข้ามาในร่างกาย ร่างกายจึงมีโอกาสติดเชื้อง่ายขึ้น เช่น ไข้หวัด โควิด หรือโรคอื่น ๆ

5.7 ระบบประสาทอัตโนมัติแปรปรวน เช่น และประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมต่อมเหงื่อทำงานผิดปกติทำให้เหงื่อออกเฉพาะจุดมากขึ้น เช่น รักแร้ ฝ่ามือ ฝ่าเท้า แม้จะอยู่ในที่ที่มีอากาศเย็นส่งผลให้บุคคลนั้นไม่กล้าจับสิ่งของเพราะมีเหงื่อออกตลอดเวลา ทำให้ขาดความมั่นใจ

5.8 การทำงานของฮอร์โมนและสารสื่อประสาทต่าง ๆ ผิดปกติ

5.9 การผลิตฮอร์โมนคอร์ติซอลมากขึ้นส่งผลให้มีการสลายกลูโคสกรดไขมัน และโปรตีนทำให้ร่างกายเสื่อมเร็ว คนที่เครียดจึงดูแก่กว่าวัย

นอกจากนี้ คนที่อยู่ในภาวะเครียดอาจทำให้ต่อมหมวกไตทำงานมากขึ้นเกิดอาการลำไส้ ทำให้การผลิตฮอร์โมนดีเอชอีเอน้อยลงร่างกายสามารถรับมือกับความเครียด หรือควบคุมสมดุลอารมณ์ได้ลดลง ฮอร์โมนเพศบกพร่องโดยเฉพาะฮอร์โมน FSH และ LH ทำให้ไข่ไม่ตกผู้หญิงจึงมีลูกยากจากการทบทวนวรรณกรรม ผลกระทบของความเครียดต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีดังนี้

นิรมนต์ เหลาสุภาพ และคณะ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง พบว่า การเจ็บป่วยวิกฤตส่งผลต่อญาติโดยกระทบด้านร่างกาย เช่น อาการวิตกกังวล ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย อยากอาหารลดลง ผลกระทบ

ด้านเศรษฐกิจสูญเสียรายได้ ทำให้ระดับค่าเฉลี่ยความเครียดของญาติอยู่ในระดับมาก ($M=2.14$, $S.D.=0.48$) จึงได้มีการให้โปรแกรมจัดการความเครียดและหลังได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยความเครียดโดยรวมลดลงอยู่ในระดับปานกลาง ($M=1.42$, $S.D.=0.36$)

ปรียา สิ้นธุระวิทย์ (2566) ศึกษาผลของโปรแกรมจัดการความเครียด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงพบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความเครียดและวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยและการได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจน การติดต่อสื่อสารที่ไม่เพียงพอทำให้เกิดความกังวลและเครียด โดยมีระดับความเครียดมากที่สุด ($\bar{X} = 8.23$, $S.D. = 2.47$) จึงมีการให้โปรแกรมจัดการความเครียดหลังได้รับโปรแกรมพบว่าระดับความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 4.57$, $S.D. = 1.22$)

สรุปได้ว่า การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อความเครียดต่อสมาชิกครอบครัวหลายด้าน เช่น ร่างกาย เศรษฐกิจ ซึ่งหากบุคคลได้รับความเครียดมากเกินไปก็จะส่งผลเสียเป็นอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

6. วิธีการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อให้เกิดความเครียดกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นโดยฉับพลัน กะทันหัน และส่งผลให้เกิดความเครียดตอบสมาชิกครอบครัว เมื่อสมาชิกครอบครัว ประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วย ว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ก็จะต้องใช้ทักษะต่าง ๆ เพื่อประเมินสถานการณ์ และหาวิธีการเผชิญความเครียด ดังเช่นงานวิจัยของ ฐิติมาภรณ์ พรหมรอด, สุปริดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2554) ที่ศึกษาการเผชิญความเครียด ของญาติผู้ป่วยที่ออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต และพบว่า ได้มีการใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าการจัดการกับอารมณ์ ณชนก เอียดสุข (2556) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคเนื้องอกที่สมอง พบว่าญาติมีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด ด้านการจัดการกับอารมณ์ ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด แต่มีการเผชิญปัญหามีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด เนื่องจากไม่สามารถจัดการกับปัญหาสาเหตุได้ มีการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม รูปแบบการดำเนินชีวิตเพื่อให้เหมาะกับเหตุการณ์ในอนาคต เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น

แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพราะทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างต่อการเผชิญปัญหา ได้มีผู้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลาย ดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลได้รับข้อมูล ข่าวสาร ได้รับการรัก ความเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องที่แสดงถึงการมีคุณค่า การมีตัวตน รวมไปถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้น ๆ

เฮ้าส์ (House, 1981) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมคือการให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจให้กับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้นั้นได้รับในสิ่งที่ต้องการ

Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นการให้การช่วยเหลือกันด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ

ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคม จึงหมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรัก ความเอาใจใส่ วัตถุสิ่งของ และทำให้บุคคลนั้นรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคมของ Schaefer et al. (1981) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (emotion support) เป็นการทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าตนเองได้รับความรัก ความอบอุ่น การได้รับความเชื่อมั่นและไว้วางใจจากคนรอบข้าง ด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำ ข่าวสารต่าง ๆ รวมถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อใช้ในการแก้ปัญหา การปรับพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ด้านสิ่งของ (tangible support) เป็นการช่วยเหลือโดยให้สิ่งของที่มีค่าหรือการช่วยเหลือด้านการให้บริการต่าง ๆ

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคมของ House (1981) ได้จำแนกแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภทดังต่อไปนี้

แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) คือแรงสนับสนุนด้านความรู้สึก ความห่วงใย การให้ความไว้วางใจ การให้ความรัก ทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคนคอยรับฟังและให้คุณค่าเคารพความเป็นมนุษย์

แรงสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ (Instrumental support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม เช่น การให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน การให้ความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ต่าง ๆ

แรงสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำแนวทางต่าง ๆ เพื่อช่วยให้บุคคลนั้นรับรู้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่

แรงสนับสนุนด้านศักดิ์ศรี (Esteem support) เป็นลักษณะแรงสนับสนุนที่ทำให้บุคคลได้รับการปฏิบัติ หรือให้กำลังใจ ทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกว่ามีคุณค่า พร้อมทั้งจะสู้กับปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้น

ดังนั้น ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมา เป็นแรงสนับสนุนโดยทั่วไป แรงสนับสนุนทางสังคมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในงานวิจัยนี้จะมีลักษณะเฉพาะมากขึ้นเพื่อให้เหมาะสม และให้สมาชิกครอบครัวสามารถเผชิญกับความเครียดได้มากขึ้น

3. แรงสนับสนุนทางสังคมกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างไม่ทันตั้งตัวแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งทางด้านข้อมูล ด้านจิตใจ จะช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด สอดคล้องกับงานวิจัยของอริยุพร จันทราสินธุ์ (2560) ที่กล่าวว่าสมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในด้านอารมณ์ จิตใจ ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย กระบวนการรักษาและช่องทางการช่วยเหลือต่าง ๆ จะช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีกำลังใจ ลดความเครียด ความวิตกกังวลลงได้ งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น

อริยุพร จันทราสินธุ์ (2560) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความต้องการการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ด้านจิตใจ อารมณ์ ด้านเครื่องมือ ข้อมูลข่าวสาร และด้านสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุมามิตา สวัสดิ์ดิณฐนาท (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะเวลาวิกฤตใน 72 ชั่วโมงแรก พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์สามารถลดความเครียดของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล คำแนะนำ รวมไปถึงการสนับสนุนด้านอารมณ์ การให้กำลังใจจะช่วยลดความเครียด และทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีกำลังใจ ความเครียดลดลง

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การแสดงถึงคุณค่าและได้รับการยกย่องให้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของ รวมไปถึงการให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นจากบุคคลรอบข้าง เพื่อนำไปตอบสนองความต้องการและเพื่อการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม หากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย คำแนะนำในการดูแล รวมไปถึงการให้กำลังใจจากบุคคลรอบข้างก็อาจจะสามารถทำให้สมาชิกครอบครัวเผชิญกับความเครียดและทำให้ความเครียดลดลง

การพยาบาลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียด

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเพราะหากความเครียดนั้นหากสะสมก็อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตตามมา พรพรรณ ศรีโสภา (2561) กล่าวถึงการพยาบาลบุคคลที่มีความเครียดไว้ว่า เมื่อบุคคลมีความเครียด ส่งผลให้เสียความสมดุล จึงมีความจำเป็นที่ต้องหาวิธีการเผชิญกับความเครียดเพื่อให้ตนเองกลับเข้าสู่ ภาวะปกติให้ได้เร็วที่สุด บุคคลแต่ละบุคคลอาจมีวิธีการที่ต่างกันไป การเผชิญความเครียดที่เหมาะสม กับบุคคลหนึ่งอาจจะไม่ได้ผลกับอีกคนหนึ่ง ดังนั้นการจัดการความเครียดที่พยาบาลสามารถให้ การพยาบาลต่อสมาชิกครอบครัวมีแนวทางดังนี้ (พรพรรณ ศรีโสภา, 2561)

1. การสำรวจความเครียดที่เกิดขึ้นต่อสมาชิกครอบครัว คือ การสำรวจอาการที่เกิดขึ้น เช่น จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม ที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. การระบุสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด คือ การค้นหาสิ่งเร้า ที่เป็นต้นเหตุของการเกิด ความเครียด เช่น สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ การทำงาน สัมพันธภาพ เป็นต้น
3. การค้นหาสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งการค้นหาจะช่วยให้บุคคลสามารถเลือก วิธีการจัดการที่เหมาะสมการพยาบาลบุคคลที่มีความเครียด มีวัตถุประสงค์ เพื่อแก้ไขสถานการณ์ที่ ก่อให้เกิดความเครียดของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด โดยจะมี กระบวนการดังนี้ (พรพรรณ ศรีโสภา, 2561)
4. การประเมิน (Assessment) ขั้นตอนนี้พยาบาลต้องใช้ทักษะหลายด้านเพื่อเก็บรวบรวม ข้อมูล ทั้งด้านการสังเกต สัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การใช้แบบประเมิน ซึ่งข้อมูลที่ได้ควรครอบคลุม ทั้งด้านชีววิทยา ได้แก่ เพศ (พบว่า เพศชายจะมีปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดมากกว่าผู้หญิง) ด้านจิตใจ ได้แก่ การตอบสนองด้านอารมณ์ การรับรู้ของบุคคล และวิธีการเผชิญความเครียดและ ด้านสังคม ได้แก่ แหล่งทรัพยากร ระบบการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นต้น
5. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) เป็นการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิด สรีระ และพฤติกรรมของบุคคลที่ตอบสนองต่อ ความเครียด

การพยาบาลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน ต้องสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ โดยเป้าหมายต้องมีความสอดคล้องกับ ระดับความเครียด บุคคลที่มีระดับความเครียดสูง แต่ไม่สามารถปรับลดระดับความเครียดลงได้จะ นำไปสู่ความเครียดระดับรุนแรงขึ้นส่งผลให้บุคคลเกิดความล้มเหลวในการปรับตัว ดังนั้นการพยาบาล บุคคลที่มีความเครียดระดับสูงจะมุ่งเน้นเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายกับผู้ที่มีความเครียด บุคคลที่มีความเครียด ระดับกลาง บุคคลเหล่านี้จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะของความวิตกกังวล ความกลัวเป็นระดับ

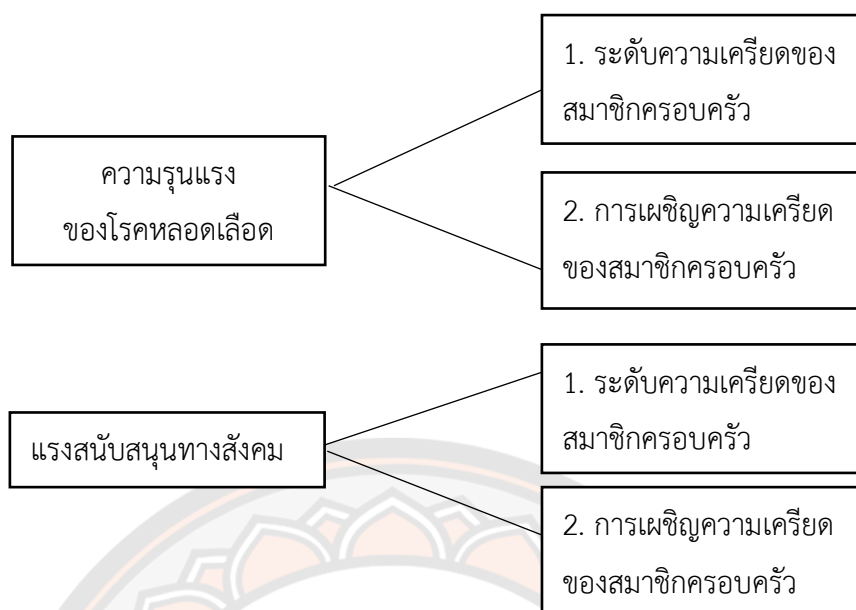
ความเครียดที่ทำให้เกิดความกระตือรือร้น การพยาบาลบุคคลที่มีความเครียดระดับปานกลางนี้ มุ่งเน้นช่วยให้บุคคลมีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเครียดระดับรุนแรงบุคคลที่มีความเครียดระดับต่ำเป็นระดับความเครียดที่ไม่มีผลต่อการรบกวนการดำรงชีวิต ดังนั้นการพยาบาลคือการส่งเสริมและคงไว้ในศักยภาพ ในการเผชิญความเครียดของบุคคลนั้น ๆ ต่อไป

การพยาบาลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่มีความเครียด เป็นการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งกิจวัตรประจำวัน และลดระดับความเครียด เช่น การใช้ยา โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้เรื่องยา รวมไปถึงผลข้างเคียงของยา การจัดสิ่งแวดล้อมให้รู้สึกผ่อนคลายปลอดภัย การพูดคุยปรับทุกข์เพื่อให้บุคคลนั้นรับรู้ต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้น รวมไปถึงการให้กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเพื่อลดความเครียดลง อีกประการที่สำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเครียด คือ การเสริมแรงบวกและการให้กำลังใจ เพื่อให้สามารถเผชิญกับความเครียดไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคม กับความเครียด และการเผชิญความเครียด ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ทฤษฎี Cognitive Appraisal Model หรือ Stress-Coping Theory ของลาซาลัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984)

จากการศึกษาค้นคว้า ผู้วิจัยเลือกศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคม กับความเครียด และการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อที่จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การพยาบาล เพื่อช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังแสดงเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

สถานที่เก็บข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง คือ โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูงที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในเขตภาคเหนือตอนล่าง โดยมีจำนวนเตียง 1063 เตียง และเป็นศูนย์กลางในเขตภาคเหนือตอนล่างที่รับและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากจังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่าง ครอบคลุม 5 จังหวัด ได้แก่ อุตรดิตถ์ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก และสุโขทัย ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความรุนแรงทุกระดับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ โดยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ณ โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ คือ ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง และ แรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ ความเครียดและการเผชิญความเครียด

ประชากร คือ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

ประชากรเป้าหมาย

สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก อาจเป็น พ่อ แม่ พี่ น้อง สามี/ภรรยา บุตร/หลาน ของผู้ป่วยที่รับการรักษาตัว โดยเป็นผู้ที่มาเยี่ยมผู้ป่วยในช่วงระยะเวลา 24-72 ชั่วโมงแรกที่ได้รับการรักษา ณ แผนกศัลยกรรมประสาท อายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ทั้งนี้ไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ตัวแทนของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง สามี/ภรรยา บุตร/หลาน ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวโดยมาเยี่ยมผู้ป่วยในช่วงระยะเวลา 24-72 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา ณ แผนกศัลยกรรมประสาท อายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER ในการคำนวณ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรืองานวิจัยที่ใกล้เคียง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ของ Cohen (1977) งานวิจัยนี้จึงกำหนดให้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง = 0.3 ค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่สามารถยอมรับได้กำหนดให้ ระดับนัยสำคัญ = 0.05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) = 0.95 จากนั้นใช้โปรแกรมในการคำนวณ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 116 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นจำนวน 128 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โดยเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือไม่เกี่ยวข้องทางสายเลือดกับผู้ป่วยก็ได้ แต่มีความสัมพันธ์กันกับผู้ป่วยในลักษณะอาศัยอยู่ร่วมบ้านผู้ป่วย เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย สามี ภรรยา บุตรหลาน เป็นต้น
2. เป็นผู้ที่มาเยี่ยมผู้ป่วยใน 24-72 ชั่วโมงแรกของการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย
3. มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน
4. มีอายุ 20 ปี – 60 ปี
5. สามารถสื่อสาร อ่านเขียนภาษาไทยได้ดี
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีภาวะเจ็บป่วย ได้แก่ ปวดศีรษะ มีไข้ ขณะดำเนินการวิจัยหรือไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดการดำเนินการวิจัย
2. เจ็บป่วยรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเสียชีวิต
3. ตอบแบบสอบถามไม่ครบข้อคำถาม

เกณฑ์การถอดถอนกลุ่มตัวอย่าง

1. ขอยุติการเข้าร่วมและขอถอนตัวออกจากการวิจัยขณะทำวิจัย
2. มีความเจ็บป่วยหรือมีความเครียดในขณะทำแบบสอบถามจนไม่สามารถตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามมี 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกนี้ประกอบด้วยข้อมูลของผู้ป่วยและข้อมูลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ ข้อมูลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ศาสนา การศึกษา อาชีพ โดยจะให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง ส่วนข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค จำนวนชั่วโมงที่รับการรักษาในโรงพยาบาล และระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวของนพรัตน์ สวนป่าน (2562) มาใช้วัดระดับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยไม่มีการดัดแปลงแบบสอบถาม แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับคือ ไม่เคย (0 คะแนน) เกือบไม่เคย (1 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) ค่อนข้างบ่อย (3 คะแนน) และเป็นประจำ (4 คะแนน) มีจำนวน 20 ข้อ รวมคะแนนอยู่ระหว่าง 0-80 โดยมีการแปลผลคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	0	ถึง 26.67	หมายถึง มีความเครียดในระดับต่ำ
ค่าคะแนนเฉลี่ย	26.68	ถึง 53.34	หมายถึง มีความเครียดในระดับปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย	53.35	ถึง 80.00	หมายถึง มีความเครียดในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามวัดการเผชิญความเครียดของ ดวงพร ปิยะคง (Piyakong, 2014) แปลมาจากแบบสอบถามวัดการเผชิญความเครียด (The Ways of Coping Scale) ของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) โดยไม่มีการดัดแปลง แบบสอบถามชุดนี้มีจำนวน 66 ข้อ คะแนนที่เป็นไปได้ 66-264 คะแนน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ตั้งแต่ ไม่เคยใช้ (1 คะแนน) ใช้บ้าง (2 คะแนน) ใช้บ่อย (3 คะแนน) และใช้บ่อยมาก (4 คะแนน) การแปลผลค่าความสามารถในการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	66.00	ถึง 132.00	หมายถึง สามารถเผชิญความเครียดได้น้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย	132.01	ถึง 198.01	หมายถึง สามารถเผชิญความเครียดได้ปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย	198.02	ถึง 264.00	หมายถึง สามารถเผชิญความเครียดได้มาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของนพรัตน์ สอนปาน (2562) มาใช้ในการวิจัย โดยไม่มีการดัดแปลง โดยแบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้เลย (0 คะแนน) เล็กน้อย (1 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) ค่อนข้างมาก (3 คะแนน) และมากที่สุด (4 คะแนน) รวมคะแนนอยู่ระหว่าง 0-72 คะแนน โดยและแปลผล ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 0 ถึง 24 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

ค่าคะแนนเฉลี่ย 25 ถึง 48 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 49 ถึง 72 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเครียด และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ของนพรัตน์ สอนปาน และแบบประเมินการเผชิญความเครียด ของดวงพร ปิยะคง มาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีการดัดแปลง ดังนั้นในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้ นำไปหาความตรงของเครื่องมือ

สำหรับการหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเครียด และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ของนพรัตน์ สอนปาน และแบบประเมินการเผชิญความเครียด ของดวงพร ปิยะคง ไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ซึ่งมีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ณ แผนกหอผู้ป่วย ศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ที่มารับบริการในช่วงที่ยังไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามแต่ละชุด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความเครียด เท่ากับ 0.92 แบบประเมินการเผชิญความเครียด เท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.92

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิของตัวอย่างวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ซึ่งผู้วิจัยกำหนดมาตรการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรม

ที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ออกจากการร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาที่ดำเนินการอยู่ โดยไม่มีผลใด ๆ มีอิสระและสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม แสดงความคิดเห็นในการตอบตรงตามความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม และจะดำเนินการทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรแล้ว ผู้วิจัยทำตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร พร้อมทั้งเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม เสนอไปถึงหน่วยงานวิจัย พร้อมทั้งขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก

2. หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท อายุรกรรมชาย 1 และอายุรกรรมหญิง 2 เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม และอายุรกรรม หัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท หัวหน้าแผนกผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 เพื่อแนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกด้านสถานที่

3. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดประกาศเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 เพื่อความเท่าเทียมของการเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. หลังจากนั้น ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 เพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และเข้ารับการรักษาภายใน 24 – 72 ชั่วโมง ในแต่ละวัน

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทวันจันทร์ถึงวันอังคาร หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 วันพุธถึงวันพฤหัสบดี และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 วันศุกร์ถึงวันเสาร์ โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย

6. หลังจากที่ได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยเข้าพบสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล อธิบายวิธีการ ทำแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงวิธีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงเกี่ยวกับการวิจัย พร้อมทั้งสอบถามความยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย

7. เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยทำการคัดเลือกอาสาสมัครตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

8. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกข้อมูลส่วนผู้ป่วย แบบวัดความเครียด แบบวัดการเผชิญความเครียด และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้เวลา 45-60 นาที ในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว มิดชิด ไม่พลุกพล่าน ส่วนแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของโรค และการวินิจฉัยโรค ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเอง

9. เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง ของแบบสอบถามและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

10. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ วิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ศาสนา การศึกษา อาชีพ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. คะแนนความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนการเผชิญ ความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมของ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนคะแนนความรุนแรงของโรค วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงและแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและ การเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังการเก็บข้อมูล นำข้อมูล ที่ได้มาทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้วิธีโคลโมโกรอฟ-สไมร์นอฟ (Komogorov-Smirnov) ผลการทดสอบพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's product moment correlation coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคกับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคกับการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลเป้าหมาย จำนวน 128 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 4 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลของความรุนแรงของโรค ความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระหว่างความรุนแรงของโรค กับความเครียดและการเผชิญความเครียด

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 128)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
อายุ ($\bar{X}$ = 40.86 , S.D. = 9.07)		
20-30 ปี	22	17.18
31-40 ปี	46	35.94
41-50 ปี	44	34.38
51-60 ปี	16	12.50

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของสมาชิก
ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 128) (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	47	36.70
หญิง	81	63.30
สถานภาพ		
โสด	34	26.60
คู่	87	68.00
แยกกันอยู่	4	3.10
หม้าย	3	2.30
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	25	19.50
มัธยมศึกษา	26	20.30
อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร	29	22.70
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	48	37.50
ความสัมพันธ์		
บุตร	58	45.30
หลาน	9	7.00
สามี ภรรยา	17	13.30
พี่ น้อง	9	7.00
ลุง ป้า, น้ำ อา	6	4.70
บิดา มารดา	15	19.60
ปู่ย่า ตายาย	4	3.10

จากตาราง 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.30) อายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 35.94) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 68.00) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 37.50) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร (ร้อยละ 45.30)

ตาราง 2 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 128)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
หลอดเลือดสมองชนิดแตก	54	42.20
หลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน	57	44.50
หลอดเลือดสมองที่มีความผิดปกติของเส้นเลือด	17	13.30
สถานที่ผู้ป่วยเข้ารับรักษา		
ศัลยกรรมประสาท	71	55.47
อายุรกรรมชาย 1	35	27.34
อายุรกรรมหญิง 2	22	17.19
จำนวนชั่วโมงที่เข้ารับรักษา ($\bar{X} = 1.84$, S.D. = .66)		
24 ชั่วโมง	39	30.50
48 ชั่วโมง	70	54.70
72 ชั่วโมง	19	14.80
ระดับความรุนแรง		
Mild (13-15)	40	31.20
Moderate (9-12)	44	34.40
Severe (3-8)	44	34.40

จากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันมากที่สุด (ร้อยละ 44.50) และมีระดับความรุนแรงของโรคระดับปานกลางและรุนแรงเท่ากัน (ร้อยละ 34.40) ผู้ป่วยส่วนใหญ่รักษาตัวที่แผนกศัลยกรรมประสาท (ร้อยละ 55.47) โดยมีชั่วโมงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในช่วง 48 ชั่วโมงแรกเป็นส่วนมากร้อยละ 54.70

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลความรุนแรงของโรค ความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 128)

ตัวแปร	คะแนน		ค่าเฉลี่ย คะแนน ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	การแปล ผล(ระดับ)
	Minimum	Maximum			
ความเครียด	4	60	32.44	12.03	ปานกลาง
การเผชิญความเครียด	118	214	156.63	18.83	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคม	29	64	45.65	8.69	ปานกลาง

จากตาราง 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับกลาง ($\bar{X} = 32.44$, S.D. = 12.03) มีคะแนนการเผชิญความเครียดโดยรวม อยู่ในระดับกลาง ($\bar{X} = 156.63$, S.D. = 18.83) และมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับกลาง ($\bar{X} = 45.65$, S.D.=8.69)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลความรุนแรงของโรค ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปร	คะแนน		ค่าเฉลี่ย คะแนน ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	การแปล ผล(ระดับ)
	Minimum	Maximum			
ความรุนแรงของโรค	3	15	10.16	3.62	ปานกลาง

จากตาราง 4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 10.16$, S.D. = 3.62)

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 5 แสดงความสัมพันธ์ ระหว่างความรุนแรงของโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียด ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 128)

ตัวแปรต้น	ความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p – value
ความรุนแรงของโรค	-.04	.64
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.21	.02*

*p < .05

จากตารางที่ 5 พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.21$, $p = .02$) ส่วนความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.04$, $p = .64$)

ตาราง 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 128)

ตัวแปรต้น	การเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p – value
ความรุนแรงของโรค	.09	.31
แรงสนับสนุนทางสังคม	.05	.60

จากตาราง 6 พบว่าระดับความรุนแรงของโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียด และการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง 1).ความรุนแรงของโรคกับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2).ความรุนแรงของโรคกับการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3).แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 4).แรงสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ครั้งแรกที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่างแห่งหนึ่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดความเครียด แบบวัดการเผชิญความเครียด และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's product moment correlation coefficient) และสามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 35.94 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.30 มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 69.00 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามากที่สุด ร้อยละ 37.50 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรร้อยละ 45.30 และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 75.00 นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.50 รองลงมาโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 42.00 และโรคหลอดเลือดสมองที่มีความผิดปกติของเส้นเลือด ร้อยละ 13.30 และพบผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง และระดับรุนแรงเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 34.40 และ 34.40)

คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรุนแรงของโรคเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 10.16$, S.D. = 3.62) คะแนนความเครียดเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 32.44$, S.D. = 12.03) คะแนนการเผชิญความเครียดเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 156.63$, S.D. = 18.83) และคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมโดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 45.65$, S.D. = 8.69)

แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .19, p = .02$) แต่ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .04, p = .64$)

ความรุนแรงของโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .09, p = .21, r = .05, p = .60$) ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยอภิปรายตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่าระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .04, p = .640$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อาจอธิบายได้จากทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่าความเครียดเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ ซึ่งในที่นี้คือความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตามลาซารัสและฟอล์คแมน ยังกล่าวว่าความเครียดของบุคคลไม่ได้ขึ้นกับระดับความรุนแรงของโรคเพียงอย่างเดียว ยังมีปัจจัยอื่น เช่น หอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา อุปกรณ์ช่วยชีวิตที่ติดตัวผู้ป่วย และประสบการณ์เดิม เป็นต้น จึงทำให้ความเครียดของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับหรือสัมพันธ์กับสถานการณ์ที่หลากหลาย ไม่ใช่ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว จึงทำให้ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่สัมพันธ์กับระดับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับงานวิจัยของพรพิไล บัวสำอาด (2556) ที่พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ทุกรายในระยะเฉียบพลันไม่ว่าจะมีความรุนแรงระดับใดก็ตาม สมาชิกครอบครัวจะมีความวิตกกังวล สับสน เครียด เนื่องจากความไม่แน่นอนของโรค อาการของผู้ป่วย สภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยกับผู้ป่วยเมื่อรักษาตัวในหอผู้ป่วย ไม่คุ้นเคยกับบุคลากรทางการแพทย์ การมองเห็นและการได้ยินเสียงสัญญาณจากอุปกรณ์การช่วยชีวิต รวมถึงกลัวว่าผู้ป่วยจะพิการหรือเสียชีวิตลง ส่งผลให้เกิดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดขึ้น ผลศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่จะเน้นให้พยาบาลเห็นความสำคัญของความเครียดของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 24 – 72 ชั่วโมงแรก เพื่อวางแผนการพยาบาลเพื่อลดหรือป้องกันการเกิดความเครียดของสมาชิกครอบครัวไม่ว่าผู้ป่วยจะมีระดับความรุนแรงอย่างไรก็ตาม

สมมติฐานที่ 2 ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบ กับ การเผชิญความเครียด ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่าระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .09$, $p = .310$) อาจเป็นเพราะความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน (24-72 ชั่วโมงแรก) เป็นระยะผู้ป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาทำให้สมาชิกครอบครัวกลัวหรือกังวลว่าผู้ป่วยจะมีอาการแย่ลงหรือเสียชีวิตได้ ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียดและพยายามจัดการกับความเครียดที่กำลังเผชิญ ซึ่งมี 2 ลักษณะคือการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ แต่ความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (ร้อยละ 34.4 และ 34.4) ทำให้สมาชิกครอบครัวไม่สามารถแก้ปัญหาได้โดยตรง อาการของโรคยังคงอยู่และยังไม่แน่นอน ประกอบความสามารถในการเผชิญความเครียดของบุคคลยังขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ประสบการณ์เดิม ความเชื่อมั่น หรือความมั่นคงทางอารมณ์ เป็นต้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อาจไม่มีประสบการณ์มีสมาชิกในครอบครัวเป็นหลอดเลือดสมองมาก่อน จึงอาจทำให้ความสามารถในการเผชิญความเครียดไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นไม่สัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัว

สมมติฐานที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -.21$, $p = .02$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานกล่าวคือเมื่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ระดับความเครียดจะลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ อริญพร จันทราสินธุ์ (2560) ที่ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในด้านอารมณ์ จิตใจ ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย กระบวนการรักษาและช่องทางการช่วยเหลือต่าง ๆ จะช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีกำลังใจ และลดความเครียด ความวิตกกังวลลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิไล บัวสำอาด (2556) ที่พบว่าการศึกษาที่สมาชิกครอบครัวได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ หรือแหล่งข้อมูลอื่น ๆ เช่น จากเพื่อนบ้าน หนังสือ ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่ทำให้สมาชิกครอบครัวปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ สุมาลีดา สวัสดิ์ดิณานา (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤตใน 72 ชั่วโมงแรก และพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดความเครียดของผู้ดูแล ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะใช้จัดการกับเหตุการณ์ สถานการณ์ หรือสิ่งที่คุกคามบุคคล หากมีแหล่งประโยชน์หรือแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะลดหรือป้องกัน

การเกิดความเครียดได้ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคม อาจเป็นข้อมูลข่าวสาร ความรู้ บุคคล กำลังใจ สิ่งของ หรือการบริการต่าง ๆ (Schaefer et al., 1981) ที่จะช่วยลดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ($\text{mean} = 46.5$, $\text{S.D.} = 8.69$) ซึ่งเป็นระดับที่น่าจะเพียงพอจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เครียดมาก โดยพบคะแนนความเครียดอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 39.39$, $\text{S.D.} = 2.13$) จึงส่งผลให้คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .02 ผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่สมาชิกครอบครัวเพื่อป้องกันหรือลดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะเฉียบพลันได้

สมมติฐานที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .05$, $p = .06$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณชนก เอียดสุข (2556) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่สัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเผชิญความเครียดได้เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถจัดการกับสาเหตุของการเจ็บป่วยได้โดยตรง อาจเนื่องมาจากการได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างแตกต่างกัน เฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมคือการให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจให้กับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้นั้นได้รับในสิ่งที่ต้องการ เช่นเดียวกับคอบบ์ (Cobb, 1976) ที่ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูล ข่าวสาร ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องที่แสดงถึงการมีคุณค่า การมีตัวตน รวมไปถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้น ๆ จากผลการวิจัยสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับแรงสนับสนุนระดับกลางและระดับสูง มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลางเหมือนกัน ($\bar{X} = 156.15$, $\text{S.D.} = 2.34$ และ $\bar{X} = 156.95$, $\text{S.D.} = 0.55$) อาจเป็นไปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับ ทั้งด้านข้อมูล สิ่งของ หรือด้านจิตใจช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีการเผชิญความเครียดโดยการรับมือกับอารมณ์เท่านั้น กล่าวคือ อาจทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกดีขึ้น แต่แรงสนับสนุนทางสังคมที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กำลังอยู่ในระยะเฉียบพลันนั้นไม่สามารถนำไปจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้โดยตรง ผู้ป่วยยังมีการไม่ดีขึ้นหรือความรุนแรงของโรคยังไม่ลดลงทำให้

สมาชิกครอบครัวไม่สามารถเผชิญความเครียดได้ อย่างไรก็ตามพบว่าไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรรถกาญจน์ ธนวิสกุล (2556) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเผชิญความเครียด

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับอาการ การรักษา แนวทางการช่วยเหลือ ช่องทางการช่วยเหลือ ตลอดจนการให้การช่วยเหลือด้านจิตใจ เช่น การปลอบใจ ให้กำลังใจ พุดคุยอย่างเป็นมิตร ฯลฯ ให้กับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในขณะที่มาเยี่ยมให้มากขึ้น ควรมีการจัดหาแหล่งทรัพยากร และแหล่งให้การช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรืออาจจัดทำโครงการหรือกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวที่เผชิญปัญหาเดียวกันเพื่อเป็นการสร้าง empowerment ให้กับสมาชิกครอบครัวที่กำลังเผชิญปัญหารายใหม่

ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียด ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาที่หาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ผลการวิจัยที่ได้คือ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงตัวแปรเดียว

ข้อจำกัดในการวิจัย

ข้อจำกัดเรื่องเครื่องมือ เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ เป็นเครื่องมือ วิจัยที่มีอยู่เดิม นำมาใช้โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถามจำนวนข้อคำถามในแบบสอบถามเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม อาจมีจำนวนข้อคำถามที่มากเกินไป ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามเกิดความเหนื่อยล้าในการทำแบบสอบถาม

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2564). *ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย*. สืบค้น 20 ธันวาคม 2564, จาก <https://www.prdmh.com>
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์. (2550). *นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาศาสนา* *ครอบครัว พ.ศ. 2547 - 2556*. จาก https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/ewt_news.php?nid=8426
- กวีนิรัตน์ สุทธิสุขคนธ์, จิราพร ชมพิบูล, และเกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวไทย. *วารสารการบริหารท้องถิ่น*, 10(2), 151-168.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564 (Public Health Statistics A.D.2012)*. สืบค้น 21 มกราคม 2564, จาก <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstastic64.pdf>
- คณิน จินตนาปราโมทย์ และพรชัย สิทธิศรีณย์กุล. (2562). สรีรวิทยาความเครียดจากการทำงานและการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดในอาชีพแพทย์. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 26(2), 112-123.
- จารุวรรณ ณะสุข. (2560). *ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จารุวรรณ เวียร์รา. (2564). *ผลของการนอนหลับไม่เพียงพอและการควบคุมการหายใจต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จิราพร จิตตราทร. (2563). *คู่มือคลายเครียด ความรู้เรื่องความเครียด การป้องกันและแก้ไขของสมบัติตาปัญญา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เจริญบุญการพิมพ์.
- จิราภรณ์ สำเภาทอง, สาวิตรี ทยานศิลป์, และอภิวัฒน์ เจริญวรรณกุล. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและแรงจูงใจในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์กับสัมพันธภาพในกลุ่มเพื่อนและครอบครัว. *วารสารเกษมบัณฑิตมหาวิทยาลัยมหิดล*, 19(พิเศษ), 15-27.
- ชลกร ศิรวรรณ และทิพย์วัลย์ สุรินยา. (2556). การยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในชุมชนกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเคหะชุมชนดินแดง กรุงเทพมหานคร. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 4(2), 80-94.

- ฐิติมาภรณ์ พรหมรอด, สุปรีดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2554). การได้รับการตอบสนองความต้องการ และการเผชิญความเครียดของญาติก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 17, 75-89.
- ณชนก เอียดสุย. (2556). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดสมอง. *วารสารรามาธิบดีพยาบาลสาร*, 19(3), 349-364.
- ดวงทิพย์ บินไทยสงค์. (2557). การนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันส่งโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 275-282.
- ธีรณัฐ ห่านิรติศัย และปริญญา แร่ทอง. (2556). การรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(7), 634-639.
- นพรัตน์ สวนปาน. (2562). ปัจจัยทำนายความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่เลือกสรร. *วารสารการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 11(2), 133-148.
- นภาศิริ ทนชัย. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นวลฉวี ประเสริฐกุล. (2558). สื่อสารอย่างสร้างสรรค์เพื่อสร้างสุขในครอบครัว. *วารสารวิชาการฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 8(2), 737-747.
- นิรมนต์ เหลาสุภาพ, สุปรีดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2557). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ. *วารสารการพยาบาลรามาธิบดีพยาบาลศาสตร์และการุณยมหาวิทยาลัยนวมินทราชินราชมงคล*, 20(1), 67-79.
- ปรียา สันธะวิทย์. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(2), 72-81.
- พรพรรณ ศรีโสภณ. (2561). บทบาทพยาบาลในการป้องกันและจัดการความเครียด. *บูรพาเวชสาร*, 4(2), 79-92.
- พรพิไล บัวสำอาด. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสื่อสารข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต.

พริณลักษณ์ วงวรรณ. (2557). ความเสี่ยงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 ตับล้มเหลว อัมพฤกษ์และอัมพาต จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ).

เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ, และสมนึก สุกหงษ์โสภณ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
 ความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารการพยาบาล
 มหาวิทยาลัยมหิดล*, 20(1), 82-96.

มณฑา ลิ้มทองกุล. (2562). สาเหตุความเครียด วิธีเผชิญความเครียด และผลที่เกิดขึ้นในนักศึกษา
 พยาบาล. *รวมอาชีพพยาบาลสาร*, 2(15), 192-205.

มนทิรา แสงฤทธิ์เดช. (2560). ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
 ของมารดาเด็กสมาธิสั้นที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.

มินตรา ธรรมกุล. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน: กรณีศึกษา 2 ราย.
วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 1(2), 75-86.

โรชนี อุปรา, ชลธิชา เรือนคำ, เจนนารา วงศ์ปาลี, และเอกชัย กันธะวงศ์. (2554). ประสบการณ์ของ
 ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *Rajabhat Journal of Sciences,
 Humanities & Social Sciences*, 12(2), 50-59.

ลัญญา พิมพ์พันธ์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความหวาดหวั่นของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาจิตสวัสดิการ
 สังคมผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาลัญญา.

วันัญญา แก้วแก้วปาน. (2560). สัมพันธภาพครอบครัวกับปัญหาการกระทำผิดในวัยรุ่น. *วารสารวิชาการ
 ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 10(1), 361-371.

วลัยนารี พรหมลา และทิวาพร พู่เฟื่อง. (2561). ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน
 ระยะเฉียบพลัน. *วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก*, 4(2), 68-75.

วาสนา มุลฐี, สุปริดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และสิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการ
 ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อ
 ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย.
*วารสารการพยาบาลโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล*, 3(1), 95-110.

สกุวรรณ อร่ามเมือง. (2561). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึก
 ไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของญาติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ.
 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

- สมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2564). *โรคหลอดเลือดสมองและประสาทวิทยาวิกฤติ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สิริกัญญา ศิริสม, เจียมจิต แสงสุวรรณ, และจิตภินันท์ ศรีจักรโครต. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*, 8(2), 70-81.
- สุธาสนี เจียประเสริฐ, นวพร คำแสงสวัสดิ์, จิภาภรณ์ ยกอิน, และบุญประจักษ์ จันทรวิน. (2563). การป้องกันและลดทาบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ประสิทธิภาพการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในยุค 4.0. *วารสารการพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(1), 105-112.
- สุนิย์รัตน์ บุญศิลป์ และกุลธิดา พานิชกุล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม*, 28(2), 68-79.
- สุพรรณพรณ กิจบรรจงเลิศ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชิธร. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็งจากเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกแรกนอยด์จากโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม*, 35(1), 24-35.
- สุภาพ เหมือนชู, ภาวนา กิริติยวงศ์, และวริยา วชิราวัณ. (2559). ปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง. *วารสารการพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา*, 31(1), 124-136.
- สุมาลี สวัสดิ์นันท. (2556). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดและผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระบะวิกฤติ. *วารสารการพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 5(2), 1-13.
- สุริยา ยอดทอง. (2561). รายงานการวิจัยเรื่อง *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย*. ตรีง: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม.
- โสพรรณ โพทะยะ. (2562). การป้องกันและลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บสมองทุติยภูมิ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 13(3), 22-28.
- อรทัย วงศ์อินอยู่, รัชฎาพร ประสานเนตร, และอภิญา วงศ์ชาลี. (2562). การศึกษาความเครียดและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม*, 2(4), 40-49.
- อรรถกาญจน์ ธนวิสกุล. (2556). *คุณภาพชีวิตและความต้องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็งระยะสุดท้าย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรอนงค์ กุลณรงค์. (2555). *ความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งโรคหลอดเลือดสมอง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- อริยพร จันทราสินธุ์. (2560). *การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครนายก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรุณี ชุมหบดี, ธิดารัตน์ สภานันท์, โรชินี อุปรา, และสุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระปกเกล้า*, 24(1), 1-9.
- อังศุมาลิน พรจันทร์ท้าว, สมนึก สกฤตหงส์โสภณ, และแสงทอง ชีระทองคำ. (2562). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพข้อต่อ ความรู้ และทักษะของญาติผู้ดูแล และการเคลื่อนไหวของข้อของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 6(1), 52-64.
- อาภรณ์ คำก้อน, สุพัตราบัวที, อัจฉรา ชัยชาญ, บุญญภัทร์ ภูมิภู, และกัญจน์ณิชา เรืองชัยวิสุข. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 28(2), 1-16.
- Ajay, S., Kasthuri, A., Kiran, P., & Malhotra, R. (2017). Association of impairments of older persons with caregiver burden among family caregivers: Findings from rural South India. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 68, 143-148.
- Alexander, P. C., Thapar, A., Qureshi, M. I., Jenkins, H., & Davies, A. H. (2017). The definition of stroke. *J R Soc Med*, 110(1), 9-12.
- Algattas, H., & Huang, J. H. (2013). Traumatic brain injury pathophysiology and treatments: early, intermediate, and late phases post-injury. *International journal of molecular sciences*, 15(1), 309-341.
- American College of Surgeon. (2018). *ATLS Advanced Trauma Life Support Student Course Manual* (10th ed.). Chicago: American college of surgeons.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Batkulwar, G., & Mhaske, G. C. (2021). Evaluation of perceived stress in family members of stroke patients. *International Journal of Health Sciences and Research*, 11, 131-136.
- Bogue, S., Paleti, R., & Balan, L. (2017). A Modified Rank Ordered Logit model to analyze injury severity of occupants in multivehicle crashes. *Analytic methods in accident research*, 14, 22-40.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., . . . Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): global stroke fact sheet 2022. *International Journal of Stroke*, 17(1), 18-29.
- Feigin, V. L., Vos, T., Alahdab, F., Amit, A. M. L., Bärnighausen, T. W., Beghi, E., . . . Desai, R. (2021). Burden of neurological disorders across the US from 1990-2017: A global burden of disease study. *JAMA neurology*, 78(2), 165-176.
- Holaday, B. (1984). Challenges of rearing a chronically ill child: Caring and coping. *Nursing Clinics of North America*, 19(2), 361-368.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. New York: Addison-Wesley.
- Kaneko, H., Yano, Y., Itoh, H., Morita, K., Kiriya, H., Kamon, T., . . . Takeda, N. (2021). Association of blood pressure classification using the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association blood pressure guideline with risk of heart failure and atrial fibrillation. *Circulation*, 143(23), 2244-2253.
- Kühl, S. (2023). Families and Organizations: Similarities, Differences and Linkages. In H. Kleve & T. Koellner (Eds.), *Sociology of the Business Family: Foundations, Recent Developments, and Future Perspectives* (pp. 103-116). Wiesbaden: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lump, D. (2014). Managing patients with severe traumatic brain injury. *Nursing2023*, 44(3), 30-37.
- Mardani, M., Gong, E., Cheng, J. Y., Vasanawala, S., Zaharchuk, G., Alley, M., . . . Pauly, J. M. (2017). *Deep generative adversarial networks for compressed sensing (GANCS) automates MRI*. Retrieved May 8, 2020, from <https://arxiv.org/pdf/1706.00051>
- Piyakong, D. (2014). Challenges faced by Thai families when a loved one has a traumatic brain injury. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(3), 220-221.

- Rajashekar, D., & Liang, J. W. (2023). Intracerebral Hemorrhage. Retrieved June 8, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553103/>
- Saeid, Y., Ebadi, A., Salaree, M. M., & Moradian, S. T. (2023). Development and psychometric evaluation of the family intensive care units syndrome inventory. *Brain and Behavior*, 13(7), e3101.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.
- WHO. (2019). *World Stroke Day 2019*. Retrieved June 8, 2020, from <https://www.who.int/southeastasia/news/speeches/detail/world-stroke-day-2019>





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ใช้สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓)

ลงในวงเล็บหน้าข้อความ หรือเติมคำในช่องว่างที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. สถานภาพ () โสด () คู่ () แยกกันอยู่ () หม้าย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นสถานการณ์หรือเหตุการณ์การให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านต่าง ๆ ที่อาจทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความเครียดที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เป็นประจำ	หมายถึง	เกิดความรู้สึกเหล่านั้นกับท่านเป็นประจำ
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกเหล่านั้นกับท่านบ่อย
บางครั้ง	หมายถึง	เกิดความรู้สึกกับท่านเป็นบางครั้ง
เกือบไม่เคย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกกับท่านน้อยครั้งมาก
ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลย

ข้อ	ข้อความ	ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน				
		ไม่เคย (0)	เกือบ ไม่เคย (1)	บางครั้ง (2)	ค่อนข้าง บ่อย (3)	เป็น ประจำ (4)
1.	ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยขอความช่วยเหลือจากท่านมากเกินไปจนความต้องการที่แท้จริง					
2.	ท่านรู้ว่าท่านใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยจนทำให้ไม่มีเวลาส่วนตัว					
20.	โดยภาพรวมแล้วท่านรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้แบบสอบถามการเผชิญปัญหาของท่านเมื่อญาติของท่านป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อข้างล่างนี้อย่างละเอียด และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือของแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงกับท่านมากที่สุดเพียง 1 ข้อ ต่อหนึ่งข้อคำถาม ทั้งนี้ขอให้ท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

ใช้บ่อยมาก	หมายถึง	ใช้วิธีนี้เป็นประจำ
ใช้บ่อย	หมายถึง	ใช้วิธีนี้บ่อย
ใช้บ้าง	หมายถึง	ใช้วิธีนี้บางครั้ง
ไม่เคยใช้	หมายถึง	ไม่เคยใช้วิธีนี้เลย

ข้อคำถาม	ไม่เคยใช้	ใช้บ้าง	ใช้บ่อย	ใช้บ่อยมาก
1.ฉันเอาใจจดจ่อกับสิ่งที่จะทำในขั้นตอนต่อไป				
2.ฉันพยายามวิเคราะห์ปัญหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจให้ดีขึ้น				
3.....				
4.....				
66.ฉันวิ่งเหยาะ ๆ หรือออกกำลังกาย				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่แสดงถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสังคม คือ คู่สมรส บิดา-มารดา บุตร พี่น้อง เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่ได้ให้แรงสนับสนุนแก่ท่าน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ท่านได้รับความช่วยเหลือค่อนข้างมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านได้รับความช่วยเหลือปานกลาง
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านได้รับความช่วยเหลือเล็กน้อย
ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย

ท่านได้รับจากสมาชิกครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา-มารดา บุตร พี่น้อง

ข้อความ	มากที่สุด (4)	ค่อนข้างมาก (3)	ปานกลาง (2)	เล็กน้อย (1)	ไม่เลย (0)
1. ท่านได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์					
2.....					
3.....					
4.....					
6. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากสังคมออนไลน์ เช่น Facebook, Line เป็นต้น					

ท่านได้รับจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน

ข้อคำถาม	มากที่สุด (4)	ค่อนข้างมาก (3)	ปานกลาง (2)	เล็กน้อย (1)	ไม่เลย (0)
1. ท่านได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์					
2.....					
3.....					
4.....					
6. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากสังคมออนไลน์ เช่น Facebook, Line เป็นต้น					

ท่านได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ

ข้อคำถาม	มากที่สุด (4)	ค่อนข้างมาก (3)	ปานกลาง (2)	เล็กน้อย (1)	ไม่เลย (0)
1. ท่านได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์					
2.....					
3.....					
4.....					
6. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากสังคมออนไลน์ เช่น Facebook, Line เป็นต้น					

ภาคผนวก ข เอกสารอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โทร. ๒๑๖๑๖..

ที่ พส. ๐๑๓๓.๑๒๔.๔/๔๓๐..... วันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖.....

เรื่อง แจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย HREC No. 187/2566.....

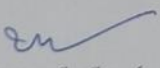
เรียน นางสาวกุลวลี สนิทเชตริน หอผู้ป่วย MIS บึงแก่งใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ตามที่ ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (The Relationships Between Disease Severity, Social Support, Stress and Coping Among Family Members of Stroke Patients.)” เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้พิจารณาและได้มีมติ รับรองแบบเร่งรัด ตั้งแต่วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ทั้งนี้ ขอให้ท่านพิจารณาดำเนินการดังนี้

๑. ในระหว่างที่ท่านดำเนินโครงการ หากมีการเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยภายหลังการรับรอง ขอให้รายงานการปรับแก้ไขโครงการวิจัยภายหลังการรับรอง มาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (AF 08-17)
๒. หากท่านดำเนินโครงการเสร็จสิ้น ขอให้รายงานสรุปผลการวิจัย มาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (AF 01-15)
๓. หากท่านดำเนินโครงการยังไม่เสร็จสิ้น และประสงค์ที่จะดำเนินการต่อ ขอให้รายงานความก้าวหน้าและขอต่ออายุโครงการวิจัย มาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (AF 01-14) ภายใน ๓๐ วัน ก่อนเอกสารรับรองหมดอายุ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการ



(นางนภวรรณ เจียรพิรพงศ์)
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

COA No. 168/2566

HREC No. 187/2566

AF 08-08/03.0



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital the Human Research Ethics Committee
90 ศรีธรรมไตรปิฎก ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05527 0300

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : (ไทย) ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
Study Title : (English) The Relationships Between Disease Severity, Social Support, Stress and Coping Among Family Members of Stroke Patients.
เลขที่โครงการวิจัย : 202/66
ผู้วิจัยหลัก : (ไทย) นางสาวกุลลณี สอนิเทศริน
Principal investigator : (English) -
สังกัดหน่วยงาน : หอผู้ป่วย MIS บึงแก่งใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
ผู้ร่วมวิจัย : (ไทย) -
Co-investigators : (English) -
สังกัดหน่วยงาน : -
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited)
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. แบบเสนอโครงการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 2 พฤศจิกายน 2566
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 2 พฤศจิกายน 2566
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 2 พฤศจิกายน 2566
4. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 2 พฤศจิกายน 2566
5. ตารางแสดงผลพ้งานวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 2 พฤศจิกายน 2566

ลงนาม: _____

(นางนภวรรณ เจียรพิทพงศ์)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : (ไทย) 8 พฤศจิกายน 2566
Date of Approval : (English) Nov 8, 2023
วันหมดอายุ : (ไทย) 7 พฤศจิกายน 2567
Approval Expire Date : (English) Nov 7, 2024

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

AF 08-09/5.0

COA No. 332/2023
IRB No. P2-0299/2566



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8721

หนังสือรับรองโครงการวิจัยครั้งแรก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวกุลลณี สอนิเชษตริน
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์
วิธีทบทวน : การพิจารณาแบบเร่งรัด (Expedited Review)
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. IF 01 Non-intervention Study เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 17 ตุลาคม 2566
2. IF 02 Conflict of Interest and Funding Form เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 สิงหาคม 2566
3. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครกลุ่ม Try Out ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 17 ตุลาคม 2566
4. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 สิงหาคม 2566
5. IF 04 (สำหรับอาสาสมัครกลุ่ม Try Out ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 สิงหาคม 2566

6. IF 04 (สำหรับอาสาสมัครกลุ่มที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป)
เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 สิงหาคม 2566
7. IF 05 ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 สิงหาคม 2566
8. IF 06 งบประมาณ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 สิงหาคม 2566
9. Full Proposal Research เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 17 ตุลาคม 2566
10. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 สิงหาคม 2566

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนาวัลย์ คาคี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 24 ตุลาคม 2566

วันหมดอายุ : 24 ตุลาคม 2567

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใด ๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าหลังใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้ใบรับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่หลังวันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากมีร้องขอล่วงหน้า)



เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือ

โรงเรียนพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 1640 ครั้งที่ 1 - 9 ส.ค. 2566 เวลา 9.00 น. ครั้งที่ 2 - / / สำนักงานวิจัย วิชาการพยาบาลฯ วันที่ 30/9 รับแจ้งที่ 4 ส.ค. 2566 เวลา 15:10 ที่ อว 78.02/11480 วันที่ 3 สิงหาคม 2566 เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ด้วย บัณฑิตวิทยาลัย ได้รับแจ้งการขอใช้เครื่องมือวิจัย ดังนี้ ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย : นางสาวกุลลณี สนธิภทริน รหัสนิสิต 62061900 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ : "ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงพร ปิยะคง เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้ : 1. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม 2. แบบวัดความเครียด เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย : นายพนรัตน์ สวนป่าน รหัสนักศึกษา 5837491 RACN/M หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จากวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยทำนายความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่เลือกสรร" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. แสงทอง ชีระทองคำ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว และแจ้งผลการพิจารณาต่อบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อจะได้แจ้งให้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ทราบต่อไป จักขอบพระคุณยิ่ง	บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล งานบริการการศึกษา 25/25 พุทธมณฑลสาย 4 ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170 โทร. 02-441-4125 ต่อ 121 งานบัณฑิตศึกษาและวิจัย วันที่ 14/3/66 เวลา 13.00 น. ลงวันที่ 16 ส.ค. 2566
--	---

ผู้แทนหน่วยงานโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ☒ เพื่อพิจารณา ☐ เพื่อดำเนินการ ☐ เพื่อทราบ ☐ เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้อง ☒ เพื่อขอคืน 1 ส.ค. 66 (ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชูชีพ อังคศิริภิญโญ) รองคณบดีฝ่ายวิจัย - 8 ส.ค. 2566 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ หน่วยบัณฑิตศึกษา โทรศัพท์ , โทรสาร: 055-966-617 เบอร์โทรนิสิต นางสาวกุลลณี สนธิภทริน : 088-665-9235	Digitally signed by thanyawe.pra Date: 2023.07.27 15:14:45 +07'00' (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัญวิ ประทุมสุวรรณ) ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายการศึกษา ปฏิบัติหน้าที่แทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย	เขียน ของคณบดีฝ่ายวิจัย ☐ เพื่อทราบ ☒ เพื่อดำเนินการ ☐ เพื่อดำเนินการ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชูชีพ อังคศิริภิญโญ คณบดี - 8 ส.ค. 2566
---	---	---

สารบรรณ : โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี

- | | |
|--|--|
| ☒ รอ๔๑ ฝ่ายบริหาร วิจัยและนวัตกรรม | ☐ หัวหน้าสวราช เด็ก |
| ☐ รอ๔๑ ฝ่ายพัฒนาริชาชีพการพยาบาล | ☐ หัวหน้าสวราช พื้นฐาน |
| ☐ รอ๔๑ ฝ่ายกายภาพและโรค | ☐ หัวหน้าสวราช อิมเวธา |
| ☐ รอ๔๑ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล | ☐ หัวหน้าสวราช มารดาพรก |
| ☐ รอ๔๑ ฝ่ายบัณฑิตศึกษา | ☐ หัวหน้าสวราช ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ |
| ☐ รอ๔๑ ฝ่ายนโยบายและแผนและ | ☐ หัวหน้าสวราช สุขภาพชุมชน |
| สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินดับเพลิง | |
| ☐ รอ๔๑ ฝ่ายเทคโนโลยีดิจิทัล | |
| ☐ รอ๔๑ ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ | |
| ☐ รอ๔๑ ฝ่ายการศึกษาพยาบาลศาสตร์ | ☐ หัวหน้างานสนับสนุนการศึกษา และ |
| ☐ ผู้ช่วยฯ ด้านกิจการนักศึกษา | รักษาการหัวหน้าฝ่ายบริหารโรงเรียนฯ |
| ☐ ผู้ช่วยฯ ด้านคุณภาพ | ☐ รักษาการแทนหัวหน้างานบริหารทั่วไป |
| ☐ ผู้ช่วยฯ ด้านกิจการพิเศษ | ☐ หัวหน้างานการศึกษาและกิจการนักศึกษา |
| ☐ ผู้ช่วยฯ ด้านการเงินการคลัง | ☐ หัวหน้างานบัณฑิตศึกษาและวิจัย |
| ☐ ผู้ช่วยฯ ด้านบริการวิชาการ | ☐ หัวหน้างานบริการวิชาการ |
| ☐ ผู้ช่วยฯ ด้านการศึกษาพัฒนากิจการ | ☐ หัวหน้างานบริหารสายยา |

- ☒ เพื่อพิจารณา/ดำเนินการ/แจ้งผู้เกี่ยวข้อง
- ☐ เพื่อทราบ
- ☐ เพื่อขอคืน.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุลลข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์)

ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามธิบดี

15 ส.ค. 2566

เรียน ประธานหลักสูตรฯ สภามหาวิทยาลัยรามธิบดี

☒ เพื่อพิจารณา ☒ เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้อง ปณิธิคุณ

☐ เพื่อดำเนินการ ☒ เพื่อขอคืน 29 ก.ย. 66

☐ เพื่อทราบ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ ยาริเยอ)

รองผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามธิบดี

ฝ่ายบริหาร วิจัยและนวัตกรรม

เรียน นายผู้ช่วยคณบดีโรงเรียนพยาบาลรามธิบดี

นายไพโรจน์ วิจิตร งาม นวัตกรรม

ศท.ดร. นวรัตน์ ธีรทอง

ณ วันที่ ๑๗ ๐๙ ๒๕๖๖

ด้วย

ททท. ๒๕๖๖/๑๖

(ศท.ดร. นวรัตน์ ธีรทอง)

ด้วย

เรียน