



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด  
ครั้งแรก

ภัทรภรณ์ บุญโรจน์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด  
ครั้งแรก



ภัทรภรณ์ บุญโรจน์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
2567  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS INFLUENCING THE PREPAREDNESS OF FAMILY CAREGIVERS AMONG  
FIRST-TIME ISCHEMIC STROKE PATIENTS



PHATTHARAPORN BUNROJ

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF  
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE  
IN ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING  
FACULTY OF NURSING  
BURAPHA UNIVERSITY

2024

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ ภัทรภรณ์ บุญโรจน์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัย  
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตินา ฉันทมิตร โอภาส)

..... ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส)

..... กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา วิเสโส)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตินา ฉันทมิตร โอภาส)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา วิเสโส)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณิชา พลพินิจ)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของ  
มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเยี่ยม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

64910024: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)  
 คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย, การเตรียมความพร้อม, ญาติผู้ดูแล, โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

ภัทรภรณ์ บุญโรจน์ : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ครั้งแรก. (FACTORS INFLUENCING THE PREPAREDNESS OF FAMILY CAREGIVERS AMONG FIRST-TIME ISCHEMIC STROKE PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ชุติมา ฉันทมิตรโอกาส, Ph.D., วิชา วิเสโส, Ph.D. ปี พ.ศ. 2567.

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอน ประสบการณ์ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 4 แห่งในจังหวัดชลบุรี รวมทั้งสิ้น 161 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล และของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญกับภัย และแบบสอบถามความยืดหยุ่นในชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการเตรียมความพร้อมเท่ากับ 16.70 ( $SD = 4.20$ ) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลาง ปัจจัยความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต สามารถร่วมกันทำนายการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกได้ถึงร้อยละ 40 ( $Adjusted R^2 = .40, p < .001$ ) โดยปัจจัยความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุด ( $\beta = -.30, p < .001$ ) รองลงมาคือ ตัวแปรความวิตกกังวล ( $\beta = -.28, p < .001$ ) และ ตัวแปรความยืดหยุ่นในชีวิต ( $\beta = .27, p < .001$ ) ตามลำดับ

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก โดยตระหนักถึงความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวลและความยืดหยุ่นในชีวิต

64910024: MAJOR: ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: FACTORS INFLUENCING, PREPAREDNESS, FAMILY CAREGIVERS, FIRST-TIME ISCHEMIC STROKE

PHATTHARAPORN BUNROJ : FACTORS INFLUENCING THE PREPAREDNESS OF FAMILY CAREGIVERS AMONG FIRST-TIME ISCHEMIC STROKE PATIENTS. ADVISORY COMMITTEE: CHUTIMA CHANTAMIT-O-PAS, Ph.D. WIPA WISESO, Ph.D. 2024.

This predictive research aimed to study factors influencing the preparedness of family caregiver among first-time ischemic stroke patients. The influencing factors included uncertainty, experience, educational level, social support, anxiety and resilient. The sample was caregivers who cared first-time ischemic stroke patients at the inpatient department of 4 hospitals in Chonburi. The total sample size was 161. A purposive random sample was drawn. The research tools consisted of personal information of family caregivers' questionnaire, personal information of patients with first-time ischemic stroke questionnaire, caregiver preparedness scale (CPS), Mishel Uncertainty in Illness Scale for Family Members (MUIS-FM), Social support, The five-item short forms of STAI (STAIS-5) and Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC10). Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

The research results found that most of the participants had a mean preparedness score of 16.70 ( $SD = 4.20$ ), with most of them receiving a moderate level of preparation. Uncertainty, anxiety, and resilience were able to predict the preparedness of caregivers among first-time ischemic stroke patients, together explaining 40% variance of preparedness ( $Adjusted R^2 = .40, p < .001$ ). The uncertainty factor was the most influential predictive variable ( $\beta = -.30, p < .001$ ), followed by anxiety ( $\beta = -.28, p < .001$ ), and resilience ( $\beta = .27, p < .001$ ).

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความมุ่งมั่น ความตั้งใจของผู้วิจัยและได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตินา ฉันทมิตร โอกาส อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภา วิเสโส อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนทุ่มเทเวลาอันมีค่าในการแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เสมอมา ซึ่งทำให้ผู้วิจัยมีแนวทางการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจเป็นอย่างยิ่งในความกรุณา จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิทธิรัตน์ ลีลาจรัส ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาตรวจแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ซึ่งทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพรรณ ศรีโสภา ผู้ช่วยศาสตราจารย์คาร์สนี โพธาราส และอาจารย์ ดร.วัชรา ตาบุตรวงศ์ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการแปล เครื่องมือวิจัยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญกับข้อ ขอบขอบพระคุณนายแพทย์อภิวุฒิ เกิดดอนแฝก พว. รุจิรัตน์เสถียร และอาจารย์ ดร.ศรัทธา ประกอบชัย ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พร้อมกันนี้ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โรงพยาบาลพนัสนิคม โรงพยาบาลบ้านบึง และโรงพยาบาลบางละมุง หัวหน้า พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการแพทย์ทุกท่านที่ปฏิบัติหน้าที่ ณ แผนกผู้ป่วยอายุรกรรมและหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบางละมุง ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

ตลอดจนขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาลอายุรกรรม และ หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม และเพื่อนร่วมงานหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย ที่กรุณาสนับสนุนและผลักดันให้ผู้วิจัยมีโอกาสศึกษาต่อในระดับปริญญาโท

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่กรุณาถ่ายทอดความรู้และพัฒนาความคิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลระหว่างการศึกษ ขอขอบพระคุณญาติผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกทุกท่านที่เข้าร่วมวิจัยและเสียสละเวลาในให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดาที่ดูแลลูกด้วยความรักและสนับสนุนส่งเสริมทางการศึกษาตลอดมา ตลอดจนญาติพี่น้อง รวมถึงเพื่อนๆร่วมรุ่น ที่เป็นกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยดีมาโดยตลอด ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นความกตัญญูแด่แม่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จจนทุกวันนี้

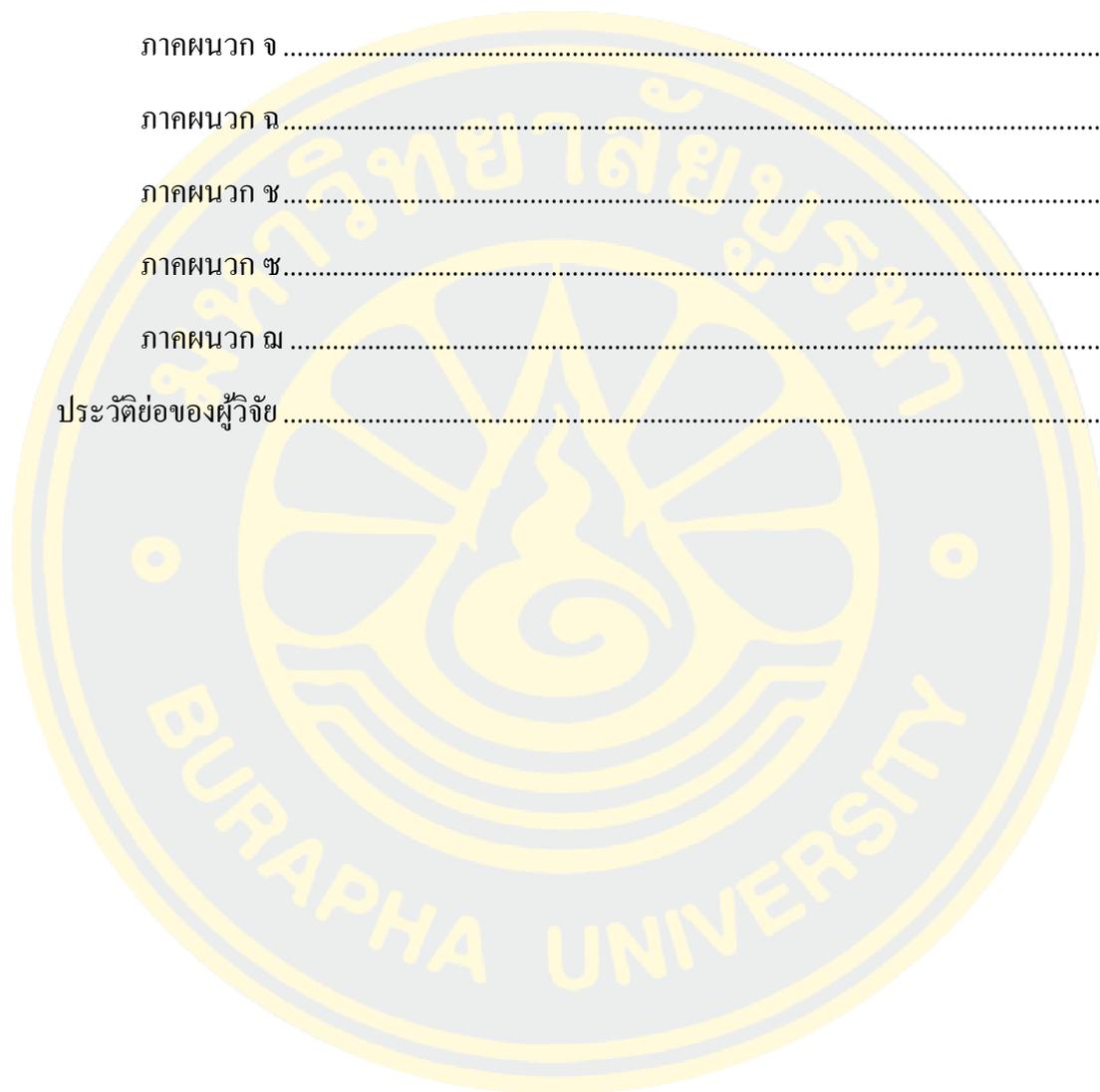
เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	8
คำถามวิจัย .....	8
สมมติฐานการวิจัย .....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	8
ขอบเขตของการวิจัย .....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	13
โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด .....	13
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด .....	34
การเตรียมความพร้อม (Preparedness) .....	37
ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน .....	41
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองขาด เลือดครั้งแรก .....	48

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	57
สถานที่ในการวิจัย .....	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	60
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	61
การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง .....	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	63
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย.....	72
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง .....	74
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	75
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	76
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	78
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย .....	78
ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย.....	83
ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา .....	85
ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองขาดเลือดครั้งแรก .....	88
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	91
สรุปผลการวิจัย.....	91
การอภิปรายผล .....	94
ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล .....	105
ข้อเสนอแนะด้านการวิจัยทางการพยาบาล .....	105
บรรณานุกรม.....	106
ภาคผนวก .....	125
ภาคผนวก ก.....	126

ภาคผนวก ข .....	128
ภาคผนวก ค .....	132
ภาคผนวก ง .....	141
ภาคผนวก จ .....	145
ภาคผนวก ฉ .....	148
ภาคผนวก ช .....	152
ภาคผนวก ซ .....	154
ภาคผนวก ฌ .....	176
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	180



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง .....	63
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย (n = 161) .....	80
ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก (n = 161) .....	84
ตารางที่ 4 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกจำแนกตามรายด้าน (n = 161) .....	86
ตารางที่ 5 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิตโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง .....	87
ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ระหว่าง ประสิทธิภาพ ระดับการศึกษา ที่มีต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก (n = 161) .....	89
ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่าง ความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต ที่มีต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก (n = 161) .....	89
ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) เพื่อทำนายการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก (n = 161) .....	90

## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....10



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาต [Cerebrovascular Diseases (CVD)] เป็นสาเหตุสำคัญของการตายเป็นอันดับที่ 2 และเป็นสาเหตุของความพิการทุพพลภาพเป็นอันดับที่ 3 ของประชากรโลก (Feigin et al., 2022) จากข้อมูลขององค์การอัมพาตโลก [World Stroke Organization (WSO)] ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 - 2019 พบว่าอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 70 โดยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 12.2 ล้านคนในแต่ละปี และมีความชุกของความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 102 ต่อแสนประชากร (Feigin et al., 2022) สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 795,000 คน เป็นผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 610,000 คนต่อปี ซึ่งคาดว่าในปี 2030 จะเพิ่มเป็น 3.6 ล้านคนในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.9 ของประชากรในวัยผู้ใหญ่และมีความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 25 นับจากสถิติในปี 2012 (Virani et al., 2021) ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่พบว่ามีอุบัติการณ์อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรเพิ่มมากขึ้น ในระหว่างปี 2560 - 2562 เท่ากับ 467.46, 506.20 และ 543 ตามลำดับ และมีอัตราผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เท่ากับ 354.26, 376.79 และ 428.78 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564) จากสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองแสดงให้เห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น โดยผู้ป่วยที่รอดชีวิตมาได้ส่วนใหญ่จะเกิดความพิการ หรือทุพพลภาพหลงเหลืออยู่

นอกจากนี้ จากรายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ในส่วนของอัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2565 ของประเทศไทยจำแนกรายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 6 เป็นเขตสุขภาพภาคตะวันออก มีอุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับที่ 3 ของประเทศไทย และจังหวัดชลบุรีมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากเป็นอันดับที่ 2 ของภาคตะวันออก คิดเป็น 58.03 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2566) เนื่องจากจังหวัดชลบุรีเป็นพื้นที่เศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศไทย ทั้งด้านอุตสาหกรรมและการท่องเที่ยว โดยจังหวัดชลบุรีถือเป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษในรูปแบบซูเปอร์คลัสเตอร์และเป็น 1 ใน 3 จังหวัดเป้าหมาย ตามโครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก [Eastern Economic Corridor Development (EEC)] ซึ่งรัฐบาลจะมีการพัฒนาและลงทุนด้านโครงสร้าง

พื้นฐานของรัฐบาลหลักๆ และคาดการณ์ว่าในอีก 10 ปีข้างหน้าจะมีประชากรสูงถึง 5 ล้านคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2565) รวมทั้งประชากรที่ย้ายเข้ามาส่วนมากเป็นวัยแรงงาน มีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาทิเช่น มีความเครียดจากการทำงาน มีการดื่มเหล้า และสูบบุหรี่ ร่วมกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารประเภทไขมันสูงได้แก่อาหารสำเร็จรูป ประเภททอด อาหารจานด่วน (Fast food) เป็นต้น และจากการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ และการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อาจส่งผลให้สถิติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราสูงมากขึ้นตามมา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2565)

จากข้อมูลขององค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization; WSO) โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 62 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (Feigin et al., 2022) และในประเทศสหรัฐอเมริกา พบได้ถึงร้อยละ 87 (Tsao et al., 2022) โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นโรคที่เกิดจากการตีบ หรือการอุดตันของหลอดเลือดสมอง ทำให้มีการไหลเวียนเลือดลดลง โดยปกติแล้วสมองจะมีเลือดไปเลี้ยงประมาณ 50 - 55 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที ถ้าเกิดการตีบหรืออุดตันทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อสมองได้ลดลง (พรภัทร ชรรมสโรช, 2555; Deb et al., 2010; Grossman et al., 2014) และในบริเวณที่เลือดไปเลี้ยงสมองลดลงมากกว่า 8 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที เซลล์ประสาทจะตาย บริเวณแกนกลางของส่วนที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง จะเป็นตำแหน่งที่เนื้อสมองตายอย่างสมบูรณ์ (Cerebral infarction zone) หากไม่สามารถเพิ่มระดับของปริมาณเลือดและออกซิเจนที่มาเลี้ยงสมองได้ และสมองขาดเลือดเกิน 3-8 นาที เซลล์ประสาทสมองจะตายอย่างถาวร (พรภัทร ชรรมสโรช, 2555; Deb et al., 2010; Nakajima & Chester, 2020)

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ทำได้โดยการให้ยาเพื่อไปละลายลิ่มเลือดที่อุดตัน ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ทางหลอดเลือดดำมีผลการรักษาที่ดีขึ้นลดอัตราความรุนแรงของโรค (NIHSS) ระดับความพิการ (Modified Rankin score) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel index) ประเมินที่ระยะเวลา 3 เดือนอยู่ที่ประมาณร้อยละ 30-40 (Sharma et al., 2011) และการรักษาแบบเปิดหลอดเลือดสมองที่อุดตัน (Recanalization) ซึ่งมีประโยชน์ในการลดอัตราความพิการและลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (ชนบูรณ์ วรกิจรังค์ชัย, 2017) การศึกษาในประเทศไทย พบว่า รักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลจริง มีผลการรักษาที่ดี (mRS 0-2 ที่ 3 เดือน) ร้อยละ 38.2 (ทิพย์ลดา บุญชัย, 2564) ถึงอย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด เพียงร้อยละ 5.77-8.04 ที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ rt-PA หหมด

(สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2563) ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่รอดชีวิตในด้านต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีผลกระทบหลายด้าน โดยพบว่าผลกระทบด้านร่างกาย ทำให้มีความพิการหลงเหลืออยู่ในระดับปานกลางจนถึงรุนแรง และจำเป็นต้องได้รับการดูแลสูงถึงร้อยละ 68-74 (Hesamzadeh et al., 2017) ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยหรือไม่ได้เลย คิดเป็นร้อยละ 83.8 (นันทพร ทองเต็ม และคณะ, 2565) มีภาวะความรู้คิดบกพร่อง (Cognitive Impairment) มากถึงร้อยละ 38 (Sexton et al., 2019) มีความบกพร่องในการรับรู้ (Perceptual Impairment) ด้านการรับรู้สัมผัสลดลงถึงร้อยละ 85 ด้านการมองเห็นร้อยละ 69 ด้านการได้ยินร้อยละ 40 และมีการดมกลิ่นบกพร่องได้มากถึงร้อยละ 43 โดยเฉพาะในปีแรก (Hazelton et al., 2022) รวมทั้งยังมีผลกระทบต่อด้านจิตใจ ด้านสังคม และเศรษฐกิจ โดยพบว่า ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก มีภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง [Post-stroke depression (PSD)] ตั้งแต่ร้อยละ 5 ในช่วง 5 วันแรก และร้อยละ 84 ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน (Hamid & MacKenzie, 2017) ตลอดจนผลกระทบจากความทุพพลภาพ ทำให้ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ ทำให้รายได้โดยรวมของครอบครัวลดน้อยลง (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561) ในขณะที่ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาของผู้ป่วยกลับเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจตามมา (Menon et al., 2017) จากผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Pucciarelli et al., 2022) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะต้องพึ่งพาผู้ดูแลเมื่อกลับบ้าน จำเป็นต้องมีสมาชิกในครอบครัวเข้ามารับบทบาทในการดูแลผู้ป่วย

ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลจึงนับว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลถือว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยและต่อตัวญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก เพื่อช่วยให้สมองและกล้ามเนื้อเกิดการฟื้นตัว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ลดความพิการซ้ำซ้อน ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ พึ่งพาผู้อื่นน้อยลง ตลอดจนช่วยลดภาระการดูแลช่วยเหลือของญาติผู้ดูแล (Camicia et al., 2021) ซึ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เพื่อให้มีความมั่นใจ มีความพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วย เข้าใจบทบาทในการดูแลผู้ป่วย สามารถปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้ป่วย

การที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก เป็นภาวะเฉียบพลันที่เกิดขึ้นอย่างไม่ทันตั้งตัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องเกิดการเปลี่ยนผ่านบทบาทเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแล ทำให้บางคนมีความรู้สึกไม่พร้อมหรือไม่รับรู้ว่าได้รับการเตรียมความพร้อม (Camicia et al., 2020; Chen et al., 2021; Lutz et al., 2017) โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินความต้องการในการเตรียมความพร้อม เพื่อช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนผ่านบทบาทได้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น เพราะหากญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมจะส่งผลให้ไม่สามารถเปลี่ยนผ่านได้ ซึ่งจะทำให้เกิดผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลในหลากหลายมิติ โดยพบว่า ญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันนานถึง 14 ชั่วโมง (Jiru-Hillmann et al., 2022) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่ทรุดโทรมลง โดยรู้สึกว่ามีกำลังในการดูแลผู้ป่วยถึงร้อยละ 23.4 รู้สึกเหนื่อยร้อยละ 22.5 และไม่มีเวลาพักผ่อนร้อยละ 29.1 (Jiru-Hillmann et al., 2022) นอกจากนี้ ในขณะที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ครอบครัวมีความต้องการการบริการทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถหารายได้ให้เพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ เช่น จากผู้ที่มีงานประจำ หารายได้เลี้ยงครอบครัวมาเป็นผู้ดูแล ทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้ (Menon et al., 2017) ซึ่งจะให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 40-60 (Mou et al., 2021) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ (Loh et al., 2017) ที่พบว่า ความชุกของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับร้อยละ 40.2 และ ร้อยละ 21.4 ตามลำดับ ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรักษาบทบาทผู้ดูแลและเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย (Gutierrez-Baena & Romero-Grimaldi, 2022) โดยพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระถึงร้อยละ 40.9 (นิรชา ภูวนารักษ์ และภักวีร์ นาคะวิโร, 2563) ดังนั้น ผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลจะส่งผลกระทบทำให้คุณภาพชีวิตและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง (Blanton et al., 2020; Camicia et al., 2022) ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการกลับมาเป็นซ้ำ ทำให้ต้องกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ (Kilkenny et al., 2020) มีผลทำให้ค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น (Liu et al., 2020; Lutz et al., 2017)

จะเห็นได้ว่าการเตรียมความพร้อมมีผลต่อทั้งญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยหากได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเพียงพอและครอบคลุมอย่างองค์รวม ก็จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดความพร้อม เกิดความมั่นใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการเตรียมความพร้อม (Preparedness) คือ การรับรู้ของญาติผู้ดูแลในการได้รับการเตรียมพร้อมด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัยบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เพื่อที่จะสามารถรับมือในการดูแลทั้งความต้องการทางร่างกาย อารมณ์ของผู้ป่วย ตลอดจนมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการ

ดูแล การจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล และการดูแลโดยรวม (Camicia et al., 2022)

จากการศึกษาของ Pucciarelli et al. (2022) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งแรกส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ที่พบว่าญาติผู้ดูแลมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับน้อย (Camicia et al., 2020; Lutz et al., 2017; Moon, 2017) นอกจากนี้ Liu และคณะ (2020) ยังพบว่าญาติผู้ดูแลมีการเตรียมความพร้อมในระดับน้อยอยู่ 2 ด้าน โดยที่ด้านการขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจาก โรงพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับน้อย ในขณะที่มีการเตรียมความพร้อมในด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉินอยู่ในระดับน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย บุญชูวงศ์ และคณะ (2560) ที่รายงานว่ามีการเตรียมความพร้อมด้านนี้ในระดับน้อย ทั้งที่การเตรียมความพร้อม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลดความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแล และลดความรู้สึกเป็นภาระใน ญาติผู้ดูแล (Archbold et al., 1990; Scherbring, 2002) รวมทั้งการเตรียมความพร้อมในระดับปาน กลางของญาติผู้ดูแลสามารถช่วยฟื้นฟูสมรรถนะของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง อีกทั้งยังช่วยให้ คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมดีขึ้นอีกด้วย (Onu et al., 2021; Petrizzo et al., 2022)

เมื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่จะนำไปสู่ความสามารถในการเปลี่ยนผ่านของญาติผู้ดูแลจากการให้การดูแลคนปกติ กลายเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดครั้งแรกที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีภาวะต้องพึ่งพา โดยพบว่าทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis et al., 2000) ช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่มีผลในการเปลี่ยนผ่านบทบาทตาม สถานการณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยเริ่มจากมีจุดวิกฤตและ เหตุการณ์ของการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริม และยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ในด้านบุคคลซึ่งประกอบด้วย ความยึดหยุ่นในชีวิต ประสบการณ์ และระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแล และปัจจัยด้านชุมชนและสังคมก็คือการ สนับสนุนทางสังคม ตลอดจนตัวบ่งชี้กระบวนการในส่วนของการพัฒนาความเชื่อมั่นและการ จัดการ ได้แก่ ความวิตกกังวล

ความรู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty) เกิดจากสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือด สมองของผู้ป่วยครั้งแรก ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกถึงความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และ ผลลัพธ์ของความเจ็บป่วย (Mishel, 1990) ตลอดจนมีความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับวิธีการให้การ

ดูแลผู้ป่วย และการที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านบทบาทเข้ามาดูแลผู้ป่วยอย่างกระทันหัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนมีอิทธิพลทำให้การเตรียมความพร้อมลดลงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Liu et al., 2020) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Byun et al. (2016) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงมีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อม อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ซึ่งมีความแตกต่างในบริบทการดูแล สัมพันธภาพ วัฒนธรรม ตลอดจนแนวทางในการเตรียมความพร้อมที่แตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมและยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่านในด้านบุคคล พบว่า ประสิทธิภาพและระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่านในการเตรียมความพร้อมบทบาทญาติผู้ดูแล จากการศึกษาของ Liu et al. (2020) พบว่า ประสิทธิภาพของญาติผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ Gutierrez-Baena and Romero-Grimaldi (2022) ที่พบว่า ประสิทธิภาพของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการรับรู้การเตรียมความพร้อมที่ดี นอกจากนี้ ระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล Liu et al. (2020) แต่ผลของการศึกษายังมีความขัดแย้งกันกับการศึกษาของ Gutierrez-Baena and Romero-Grimaldi (2022) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นไม่ได้สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของ Shyu et al. (2008) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่ใช่ปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ซึ่งระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแลถือเป็นปัจจัยที่อาจจะส่งเสริมหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านได้

สำหรับการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมและยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่านในด้านชุมชน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Hebdon et al., 2022) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (Karabulutlu, 2022) นอกจากนี้การศึกษาของ เพ็ญวิสาข์ วุฒิมากร (2555) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกกับความพร้อมการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความแตกต่างจากการศึกษาของ นิษชาธิ์ พริยจรัสชัย และศิริพันธุ์ สาสัดย์ (2561) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ และจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่าการศึกษากการสนับสนุนทางสังคมต่อความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย แต่ยังไม่

มีการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับตัวบ่งชี้กระบวนการในส่วนของพัฒนาความเชื่อมั่นและการจัดการ พบว่า ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิตเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการเปลี่ยนผ่านและมีผลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล จากการศึกษาของ Hebdon et al. (2022) ที่พบว่าการศึกษาการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในระดับน้อยมีความสัมพันธ์ทำให้ความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย บุญชูวงศ์ และคณะ (2560) ที่ศึกษาความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าความวิตกกังวลมีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาของ Gutierrez-Baena and Romero-Grimaldi (2022) ที่พบว่าความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของ Petruzzo et al. (2019) ที่พบว่าการศึกษาการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กัน เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Winterling et al. (2022) ที่ความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

สำหรับความยืดหยุ่นในชีวิต (Resilience) จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า ความยืดหยุ่นในชีวิตมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Gutierrez-Baena & Romero-Grimaldi, 2022) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dionne-Odom et al. (2021) ที่พบว่าความยืดหยุ่นในชีวิตมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับวิจัยเชิงคุณภาพของ Sihvola et al. (2022) ที่ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พบว่าความยืดหยุ่นในชีวิตนำไปสู่การเตรียมความพร้อมที่มากขึ้น จากการศึกษาในประเทศไทยยังไม่พบมีการศึกษาปัจจัยความยืดหยุ่นในชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่าการศึกษาการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (Liu et al., 2020; Pucciarelli et al., 2022) และยังพบว่าการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมยังมีผลการศึกษานี้แตกต่างกัน นอกจากนี้พบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังไม่ได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในประเทศไทย โดยเฉพาะในผู้ป่วยด้วยโรคนี้ครั้งแรก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการเตรียมความพร้อม

ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ตลอดจนปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอน ประสบการณ์ของญาติผู้ดูแล ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยึดหยุ่นในชีวิต ซึ่งถือเป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่สำคัญที่จะประเมินการรับรู้การเตรียมความพร้อม เพื่อให้การพยาบาลสำหรับการส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านจากสมาชิกในครอบครัวสู่บทบาทญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้น้อย จากระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอน ประสบการณ์ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ความยึดหยุ่นในชีวิต และการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอน ประสบการณ์ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยึดหยุ่นในชีวิต

### คำถามวิจัย

ความรู้สึกไม่แน่นอน ประสบการณ์ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ความยึดหยุ่นในชีวิต และการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกในคนไทยมีลักษณะเป็นอย่างไร

### สมมติฐานการวิจัย

ความรู้สึกไม่แน่นอน ประสบการณ์ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยึดหยุ่นในชีวิต มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

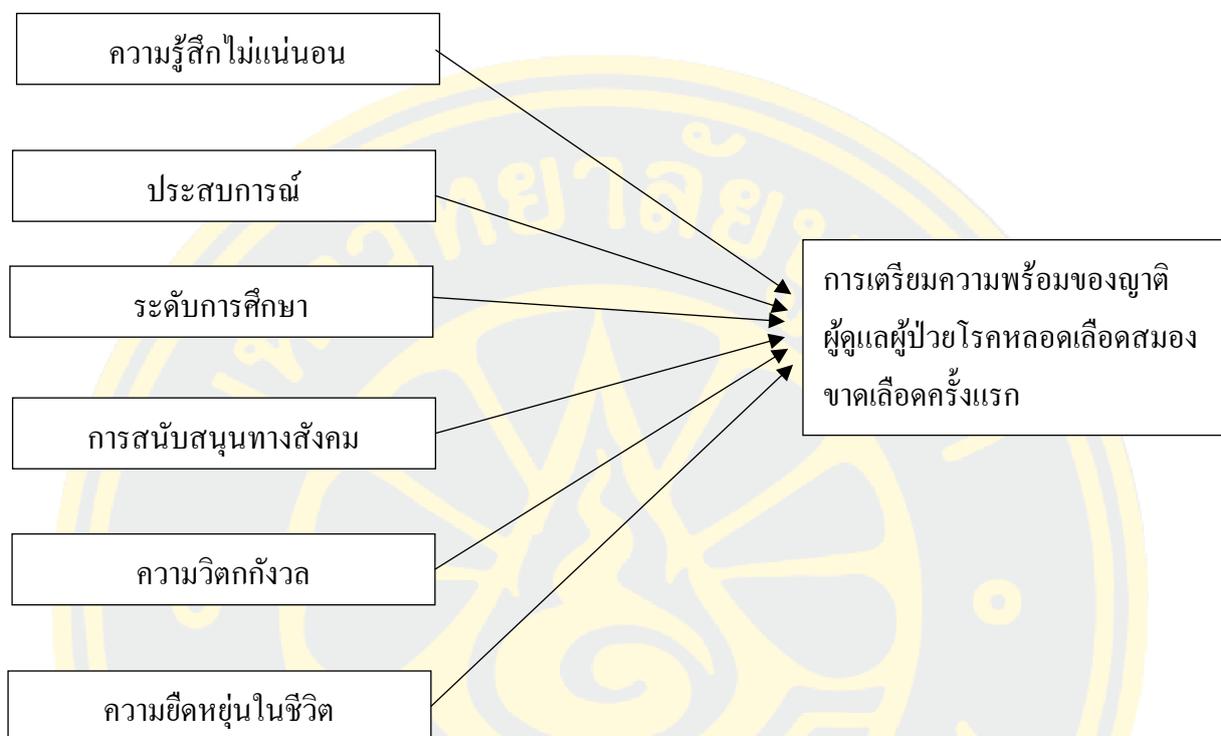
การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory) ของ Meleis et al. (2000) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดครั้งแรก โดย เมลลิส ให้ความหมายการเปลี่ยน

ผ่านว่า เป็นกระบวนการเคลื่อนผ่าน จากจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่ง ไปสู่อีกจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่ง ของชีวิต (Meleis et al., 2000) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 มโนทัศน์ ได้แก่ 1) มโนทัศน์ธรรมชาติของการ เปลี่ยนผ่าน (Nature of transition) 2) มโนทัศน์เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition conditions) 3) มโนทัศน์รูปแบบการตอบสนอง (Pattern of response) 4) มโนทัศน์การบำบัดทางการแพทย์ (Nursing therapeutics) (Meleis et al., 2000; บุญมี ภูค่านจิว, 2556) ซึ่งการเตรียมความพร้อมเป็น ส่วนสำคัญที่จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนผ่านที่ดีได้ การเตรียมความพร้อมถือเป็นการบำบัด ทางทางการแพทย์ที่สำคัญในบทบาทของพยาบาล ที่จะส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแล ผู้ป่วย สามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแลได้ ส่งผลให้ลดความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแล

โดยที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกมีการเปลี่ยนผ่านตาม รูปแบบของการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational transitions) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงจาก การเป็นสมาชิกในครอบครัวมารับบทบาทญาติผู้ดูแล โดยจะเริ่มบทบาทตั้งแต่อู่โรงพยาบาลเมื่อมี การเจ็บป่วยของผู้ป่วย การเตรียมจำหน่าย และมีบทบาทอย่างเต็มที่เมื่อกลับบ้าน มีรูปแบบการ เปลี่ยนหลายๆ ชนิดขึ้นเกิดขึ้นพร้อมกันในญาติผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความซับซ้อนในการดูแล ทั้งด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านจิตใจ การฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วย ซึ่งมีจุดเหตุการณ์ที่เกิดวิกฤต (Critical points and events) ที่ทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงในบทบาท ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนตลอดเวลาในการเปลี่ยน ผ่านของบทบาท ซึ่งมีเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าน โดยปัจจัย ด้านบุคคล ได้แก่ ความยืดหยุ่นในชีวิต ประสบการณ์และระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแล และยังมี ปัจจัยด้านชุมชนและสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากมีการศึกษาที่พบว่าความ ยืดหยุ่นในชีวิต ประสบการณ์ ระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล มีผลต่อการส่งเสริมและยับยั้งกระบวนการ เปลี่ยนผ่าน

รวมทั้งการมีตัวบ่งชี้กระบวนการ (Process indicators) ที่บ่งบอกถึงการตอบสนองของ ญาติผู้ดูแลว่าเกิดการเตรียมความพร้อมได้มากน้อยเพียงใด โดยมีการพัฒนาความเชื่อมั่น เป็นการที่ บ่งชี้ได้ว่าบุคคลที่กำลังประสบการเปลี่ยนผ่านมีระดับความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้น มีการแสดงออกมาใน ระดับของความเข้าใจในกระบวนการที่แตกต่างกัน หากญาติผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้จะเกิด ความรู้สึกวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้การเตรียมความพร้อมของญาติ ผู้ดูแล และมีการบำบัดทางการแพทย์ที่จะช่วยให้บุคคลเปลี่ยนผ่านได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น โดยการประเมินการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลเข้าสู่บทบาทผู้ดูแล เพื่อนำไปสู่วางแผนใน

การให้ความช่วยเหลือและใช้บทบาทเสริม ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่าง  
สมบูรณ์และง่ายขึ้น โดยแสดงรายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โรงพยาบาลบางละมุง โรงพยาบาลพนัสนิคม และโรงพยาบาลบ้านบึง จำนวน 161 คน ช่วงเวลาสิงหาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2566

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางขึ้นไป และมีระดับการพึ่งพาปานกลางถึงมาก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

**ญาติผู้ดูแล** หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติของผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนใดๆ ในการดูแล

**การเตรียมความพร้อม** หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่ได้รับการเตรียมความพร้อมจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งครอบคลุมด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล ด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน ด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล และด้านการดูแลผู้ป่วยโดยภาพรวม สร้าง โดย Stewart and Archbold (1994) แปลเป็นภาษาไทยโดย Wirojratana (2002) และผู้วิจัยได้ดัดแปลงฉบับภาษาไทยในส่วนของเกณฑ์การประเมินให้ตรงกับ (Stewart & Archbold, 1994)

**ความรู้สึกไม่แน่นอน** หมายถึง เป็นการรับรู้ของญาติผู้ดูแลที่ไม่สามารถสรุปหรือประเมินผลความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เกิดจากความคลุมเครือหรือไม่คงที่ของโรค ความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยสำหรับผู้ใหญ่ [Mishel Uncertainty in Illness Scale for Adult (MUIS-A)] สร้างโดย Mishel (1990) แปลเป็นภาษาไทยโดย รัชนก ทรงทรัพย์ (2554) และผู้วิจัยได้ดัดแปลงฉบับภาษาไทยโดยปรับจากการสอบถามผู้ป่วยเป็นการสอบถามญาติผู้ดูแล

**ประสบการณ์** หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่เคยผ่านการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ติดเตียงมาก่อนหน้านี้ แบ่งเป็นไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน

**ระดับการศึกษา** หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก แบ่งเป็น ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่ได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลอื่นในสังคม ในด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลและทรัพยากร ประเมินโดยใช้

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ ภรรยา อัม โธลู และคณะ (2552) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981)

**ความวิตกกังวล** หมายถึง ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ซึ่งเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์เฉพาะอย่างที่เกิดขึ้นทันทีทันใดในขณะนั้น ประเมินโดยใช้แบบประเมินวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญฉบับย่อ (The five-item short forms of STAI: STAIS-5) ที่ Zsido et al. (2020) พัฒนามาจากแบบประเมิน State-Trait Anxiety Inventory (STAI) โดย Spielberger (1983) ซึ่งผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคแปลย้อนกลับ

**ความยืดหยุ่นในชีวิต** หมายถึง ศักยภาพหรือความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกที่มีการปรับตัวที่ดีและฟื้นตัวเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์การที่ตึงเครียด ปัญหาและอุปสรรคในชีวิต ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และสังคม ประเมินโดยใช้แบบประเมินความยืดหยุ่นในชีวิต (Connor–Davidson Resilience Scale, CD-RISC) ที่สร้างโดย Connor and Davidson (2003); Wagnild and Young (1993) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย นพพร ว่องศิริมาศ และคณะ (2560)

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ผู้วิจัยศึกษารวบรวม เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ครอบคลุมในหัวข้อดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
3. การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดครั้งแรก

#### โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากหลอดเลือดมีการตีบ หลอดเลือดมีการอุดตัน หรือหลอดเลือดมีการแตก ทำให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย ส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติต่างๆเกิดขึ้น โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามพยาธิสภาพหรือลักษณะของการเกิดโรคเป็น 2 ประเภท (Louis R Caplan, 2016; สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2564) ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 87 ของผู้ป่วยทั้งหมด และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ซึ่งพบได้ร้อยละ 13 (Tsao et al., 2022) โดยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นโรคที่พบได้เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากการตีบ หรือการอุดตันของหลอดเลือดสมอง ทำให้มีการไหลเวียนเลือดลดลง ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลายหรือตายลงที่เรียกว่า ภาวะเนื้อสมองตาย (Cerebral infraction) ทำให้มีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจะมีอาการอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง (GBD 2019 Stroke Collaborators et al., 2021; Kleindorfer et al., 2021) นอกจากนี้ยังพบว่า

#### สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด สามารถแบ่งตามสาเหตุของการเกิดโรคตาม TOAST Classification (Kleindorfer et al., 2021) ได้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. หลอดเลือดแดงใหญ่แข็ง (Large artery atherosclerosis) พบได้มากถึงร้อยละ 77 ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดแดงตีบแข็ง จากการมีคราบไขมัน (Atherosclerotic plaque) ที่ผนังหลอดเลือด ซึ่งพบได้มากในผู้สูงอายุ และการมีภาวะความดันโลหิตสูงที่ทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดแดงมากกว่าร้อยละ 50 จนเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ หรือทำให้หลอดเลือดอุดตัน ส่งผลให้เซลล์สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและตายในที่สุด การอุดตันนี้อาจเกิดได้ในทุกตำแหน่งของหลอดเลือด แต่ที่พบบ่อยคือ บริเวณส่วนแยกหรือส่วนโค้งของหลอดเลือดแดงคาโรติด (Carotid artery) ทั้งหลอดเลือดแดงอินเทอร์นัลคาโรติด (Internal carotid artery) และหลอดเลือดแดงมิดเดิลซีรีบรอล (Middle cerebral artery) ซึ่งหลอดเลือดแดงแขนงนี้จะส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหว และส่วนควบคุมการรับรู้ความรู้สึก (พรัทธร ชรรมสโรช, 2555) ทำให้เกิดอาการอ่อนแรงบริเวณใบหน้าและแขนขา อีกทั้งยังทำให้ไม่สามารถรับรู้ความรู้สึก หรือมีภาวะความสนใจบกพร่องครึ่งซีกในช่วงที่ตรงข้ามกับรอยโรค (Neglect)

2. สมองขาดเลือดที่ไม่ทราบสาเหตุ (Cryptogenic stroke) พบได้ร้อยละ 45 ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เป็นโรคสมองขาดเลือดที่ตรวจไม่พบสาเหตุ แม้จะตรวจอย่างละเอียดแล้วก็ตาม (Grossman et al., 2014; Hickey et al., 2009; Kleindorfer et al., 2021) ซึ่งในกลุ่มโรคนี้ได้รวมผู้ป่วยที่พบสาเหตุมากกว่าหนึ่งสาเหตุหรือผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุไม่ครบถ้วนอยู่ด้วย (สุภารัตน์ วนิจปรีชากุล, 2561)

3. ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมองจากหัวใจ (Cardiogenic embolism) พบได้ร้อยละ 35 ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยสาเหตุเกิดจากลิ่มเลือดเคลื่อนตัวจากภาวะโรคหัวใจ (Cardiogenic Embolism) ไปยังสมอง ซึ่งเป็นผลจากภาวะ Atrial Fibrillation ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อย นอกจากนี้ ยังพบในโรคหัวใจอื่นๆ เช่น Valvular Disease, Myocardial Infarction, Congestive Heart Failure, Atrial Septal Aneurysm โดยที่ Atherosclerosis และ Atherogenic Plaques ทำให้เกิด Cardiac Emboli และ Atherogenic Plaques เมื่อเกิดลิ่มเลือดหรือเกิด Plaques นี้หลุดออกจากเส้นเลือดหัวใจไปยังสมองหลอดเลือดสมองจะทำให้หลอดเลือดสมองอุดตันและขาดเลือดไปเลี้ยง โดยหลอดเลือดที่เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ คือ หลอดเลือด Left Middle Cerebral Artery (Grossman et al., 2014; Hickey et al., 2009)

4. หลอดเลือดฝอยในสมองตีบ (Small penetrating artery thrombosis disease) พบได้ร้อยละ 23 ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดขนาดเล็กทำให้เกิดการขาดเลือดมาเลี้ยงเนื้อสมองเป็นบริเวณเล็กๆ (Lacunar infarction) การอุดตันของหลอดเลือดมีสาเหตุจากการหนาตัวของผนังหลอดเลือดขนาดเล็กจนเกิดการอุดตัน (Lipohyalinosis) หรือ

เกิดการอุดตันบริเวณปากทางของแขนงเส้นเลือด (Micro atheroma at origins of penetrating arteries) (Caplan, 2015) เมื่อตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT-Scan) หรือเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) อาจจะมีพบ Low density lesion ขนาดน้อยกว่า 1.5 เซนติเมตร (Kleindorfer et al., 2021) เส้นเลือดที่มักจะถูกอุดตัน คือ Lenticulostriate arteries จาก Middle cerebral artery, Thalamogeniculate artery หรือ Pontine penetrating artery ใน Posterior circulation อาการของผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการปวดศีรษะ แต่จะมีอาการแสดงตามกลุ่มอาการที่ค่อนข้างเฉพาะ เช่น มีการอ่อนแรงของแขนขาเพียงอย่างเดียว (Pure motor hemiparesis) มีการรับรู้ความรู้สึกที่ผิดปกติเพียงอย่างเดียว (Pure sensory stroke) มีอาการพูดไม่ชัดร่วมกับการอ่อนแรงที่มือ (Dysarthria-clumsy hand) หรือมีการอ่อนแรงครึ่งซีกร่วมกับการควบคุมการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (Ataxic hemiparesis) (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

5. สาเหตุที่พบไม่บ่อย (Other Determined Etiology) พบได้ร้อยละ 3 ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เกิดจาก Non-atherosclerotic Vasculopathies, Hypercoagulable State, ความผิดปกติของระบบโลหิต, การเกิดการอักเสบ, ไมเกรน, มีภาวะการหดเกร็งของหลอดเลือด และการใช้สารเสพติด (Grossman et al., 2014; Hickey et al., 2009; Kleindorfer et al., 2021)

#### **ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด**

การทราบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้สามารถป้องกันและลดความรุนแรงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ การแบ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด แบ่งเป็น 2 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Nonmodifiable risk factors) และปัจจัยเสี่ยงที่อาจปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factors) โดยมีรายละเอียดดังนี้

##### **1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Nonmodifiable risk factors)**

1.1 อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เนื่องจากความเสื่อมของหลอดเลือดเมื่ออายุมากขึ้น การมีโรคร่วมต่างๆ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ทุกอายุ 10 ปีที่เพิ่มขึ้นหลังอายุ 55 ปี (Roger et al., 2012) โดยอายุเฉลี่ยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดอยู่ในช่วงอายุ 69 ปี (Boehme et al., 2017) และจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า ในคนไทยที่อายุมากกว่า 45 ปี มีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke prevalence rate) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.10, 2.04, 2.59 และร้อยละ 3.14 ตามลำดับอายุที่เพิ่มขึ้นทุก 10 ปี (Hanchaiphiboolkul et al., 2011) ในปัจจุบันพบแนวโน้มอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเกิดในคนที่อายุน้อยมากขึ้น โดยพบในช่วงอายุ 18 - 54 ปีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.6 ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Boehme et al., 2017; Tsao et al., 2022)

1.2 เพศ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงมากกว่าเพศชาย โดยจากอุบัติการณ์การเกิดโรคสมองขาดเลือดพบว่าในเพศหญิงมีการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าถึงร้อยละ 55 ของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด และเกิดในเพศชายร้อยละ 45 ของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด (Feigin et al., 2022) นอกจากนี้ ยังพบว่าในเพศหญิงที่อายุน้อย มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่สูงขึ้นจากการตั้งครรภ์และสภาวะหลังคลอด จากศึกษา Swartz et al. (2017) เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 11 เรื่องในปี 1990-2017 พบว่าการตั้งครรภ์ 30 ครั้ง ต่อแสนครั้งของการตั้งครรภ์ มีผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนถึงปัจจัยด้านฮอร์โมนอื่นๆ เช่น การใช้ของฮอร์โมนคุมกำเนิด ทำให้โดยรวมแล้วเพศหญิงมีความเสี่ยงมากกว่าเพศชาย (Boehme et al., 2017) และมีการศึกษาวิจัยใน 8 เรื่องในทวีปยุโรปที่พบว่าความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในเพศชายเพิ่มน้อยกว่าเพศหญิงได้แก่ เพศชายเพิ่มขึ้นร้อยละ 9 ต่อปี และเพศหญิงร้อยละ 10 ต่อปี (Asplund et al., 2009) อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาที่แตกต่างกันออกไป จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า เพศชายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง 2.66 เท่า (เอนกพงศ์ อ้อยคำ และคณะ, 2563) เนื่องจากในเพศหญิงจะมีฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ช่วยในการลดการตีบตันของหลอดเลือดแดง ทำให้เพศหญิงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าเพศชาย

1.3ชาติพันธุ์ จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอัตราการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นผู้ป่วยชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกันมากกว่าผู้ป่วยชาวอเมริกันทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยในช่วงอายุ 18- 50 ปี พบผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดมากถึงจำนวน 128 แสนประชากรในชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน และพบผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดจำนวน 48 แสนประชากรในกลุ่มชาวอเมริกันผิวขาว (Tsao et al., 2022) และยังพบว่าอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน คนพื้นเมืองอเมริกัน คนเอเชีย และคนเชื้อสายฮิสแปนิก (Hispanic) มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าคนผิวขาว (Boehme et al., 2017; Tsao et al., 2022)

1.4 พันธุกรรม ปัจจัยทางพันธุกรรมมีส่วนทำให้เกิดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (Boehme et al., 2017) โดยเกิดจากความผิดปกติของยีนส์ต่างๆ ดังนี้

1.4.1 ความผิดปกติของยีนส์ชนิดเดียวที่สามารถเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้ เช่น Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy (CADASIL)

1.4.2. ความผิดปกติของยีนส์เดี่ยวอาจก่อให้เกิดความผิดปกติของระบบหลายระบบและทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ เช่น Sickle cell anemia

1.4.3 ความหลากหลายทางพันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เช่น Variants in 9p21 (Matarin et al., 2010)

1.4.4 พันธุกรรมที่เป็นสาเหตุของปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองแบบ เช่น โรคหัวใจล้มเหลว (AF) โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมองขาดเลือด (Gretarsdottir et al., 2008; Matarin et al., 2010) 2. ปัจจัยเสี่ยงที่อาจปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factors)

### 2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ (Modifiable behavioral factors)

2.1.1 การรับประทานอาหาร อาหารมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองและความเสี่ยงของโรคอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง การจำกัดการบริโภคโซเดียมเนื่องจากพบว่าโซเดียมมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งจะนำไปสู่โรคอื่นๆ ที่เป็นภาวะแทรกซ้อน ได้แก่โรคหลอดเลือดสมอง คำแนะนำสำหรับการจำกัดโซเดียมคือ สามารถรับประทานโซเดียม 2 กรัมต่อวันหรือเท่ากับเกลือ 5 กรัมต่อวัน (Mente et al., 2021) ในทางปฏิบัติปริมาณข้างต้น จะเทียบเท่ากับเกลือแกง 1 ช้อนชา หรือเทียบเท่ากับน้ำปลา 3-4 ช้อนชาต่อวัน (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค, 2559) การบริโภคอาหารที่มีโพแทสเซียม 2,611 มิลลิกรัมต่อวันมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 27 ในกลุ่มผู้ใหญ่ทั่วไปที่ไม่มีประวัติความดันโลหิตสูง (Seth et al., 2014) รวมถึงอาหารเมดิเตอร์เรเนียนหรืออาหารที่มีผักและผลไม้สูงสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 14 (Boehme et al., 2017; Hansen et al., 2017)

2.1.2 การออกกำลังกาย จากการศึกษาในกลุ่มเพศชายที่มีสุขภาพดีที่ออกกำลังกายแบบคาร์ดิโอ (Cardio exercise) พบว่าอัตราการตายจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลงร้อยละ 68 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย (Lee & Blair, 2002) และพบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) ที่มีความหนักในระดับปานกลางมีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการตายเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีอัตราส่วน 2 ต่อ 6.8 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย (Mittleman & Mostofsky, 2011) สมาคมโรคหัวใจและสมาคมอัมพาตของสหรัฐอเมริกา [American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA)] คำแนะนำในการออกกำลังกายระบุความถี่ 3 ถึง 4 ครั้งต่อสัปดาห์ และเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ระยะเวลาประมาณ 40 นาที การออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงหมายถึงการออกกำลังกายที่ทำให้เหงื่อออกหรือเห็นได้ชัดเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เช่น เดินเร็ว ปั่นจักรยาน การวิ่งจ็อกกิ้ง (Kernan et al., 2014)

2.1.3 การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากสารนิโคตินที่เร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) หลอดเลือดแดงหดเกร็ง ลดความยืดหยุ่นของหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความเสี่ยงถึงร้อยละ 17.7 (Feigin et al., 2022) จากการศึกษาของ Hackshaw et al. (2018) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) บทความจำนวน 141 เรื่อง พบว่า การสูบบุหรี่ปริมาณน้อย (ประมาณ 1 มวนต่อวัน) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการสูบบุหรี่ปริมาณมาก (มากกว่า 20 มวนต่อวัน) และความเสี่ยงจะลดลงหลังจากหยุดสูบบุหรี่ 2 ปี และลดลงจนถึงระดับที่ไม่พบความแตกต่างกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ หลังจากหยุดสูบบุหรี่แล้ว 4-5 ปี โดยที่ความเสี่ยงที่ลดลงไม่เกี่ยวข้องกับอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ และจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน (Boehme et al., 2017) การสัมผัสกับควันบุหรี่มือสองเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่ามีความสัมพันธ์กับการตายมากขึ้นเป็น 2 เท่าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Lin et al., 2016) นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด (วิศิรา ปันทองกลาง และคณะ, 2561) ซึ่งพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 1.47 เท่า (เอนกพงศ์ ส้อยคำ และคณะ, 2563)

2.1.4 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความสัมพันธ์ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง หรือ 1-2 แก้วต่อวัน ช่วยลดการเกิดโรคสมองขาดเลือดได้ แต่หากดื่มมากกว่า 5 แก้วจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคสมองขาดเลือด (Boehme et al., 2017; Yang et al., 2021) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ทำให้มีโอกาสร้อยละ 2.27 เท่าของผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (มีรันตี แพงงา และคณะ, 2565) สอดคล้องกับการศึกษาของกัลย์สุดา สารเสน และคณะ (2562) ที่พบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มีโอกาสร้อยละ 2.46 เท่า และพบว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มากกว่า 30 ซีซีต่อวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (วิไลพร พุทธิวงศ์ และคณะ, 2557)

2.1.5 ปัจจัยด้านจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคซึมเศร้าเพิ่มความเสี่ยงในการโรคขาดเลือกร้อยละ 3 และพบว่าคนเชื้อสายยุโรปจะมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 8 (Lightbody et al., 2017; Wassertheil-Smoller et al., 2018) ในประเทศไทยพบภาวะซึมเศร้าภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองสูงถึง ร้อยละ 76.6 (ช่อผกา

สุทธิพงษ์ และศิริอร สินธุ, 2555) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามีภาวะซึมเศร้า ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 95.5 ระดับปานกลางร้อยละ 4.5 (เสาวนีย์ เปรมทอง และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2561)

## 2.2 โรคอื่นๆ

2.2.1 ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดสำหรับการเกิดสมองขาดเลือด มีความสัมพันธ์โดยตรงและต่อเนื่องระหว่างความดันโลหิตสูงกับโรคสมองขาดเลือด (Boehme et al., 2017; Tsao et al., 2022) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดและหลอดเลือดสมองแตกมากถึงร้อยละ 55 (Feigin et al., 2022) การลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทำได้ด้วยการลดความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 mmHg. หรือ ลดระดับค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure) น้อยกว่า 60 mmHg. (Dalgaard et al., 2020; Feigin et al., 2022; Tsao et al., 2022) และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 6.56 เท่า และค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ที่มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 10.41 เท่า (เอนกพงศ์ ซ้อยคำ และคณะ, 2563) นอกจากนี้ ยังพบว่าระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ที่มีระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ทุก ๆ 1 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเป็น 1.21 เท่า ผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลา 5-9 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 5.14 เท่า ผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 17.18 เท่า (มิรันตี แพงงา และคณะ, 2565)

2.2.2 โรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (Boehme et al., 2017) ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานกับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันระหว่างเพศ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าโรคเบาหวานสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง 2.28 ในเพศหญิง และพบ 1.83 ในเพศชาย เมื่อเปรียบเทียบเพศชายกับเพศหญิง และพบว่าเพศหญิงที่เป็นโรคเบาหวานเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากถึงร้อยละ 27 (Peters et al., 2014; Tsao et al., 2022) จากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่า การเป็นโรคเบาหวานมีโอกาสรiskต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (เอนกพงศ์ ซ้อยคำ และคณะ, 2563)

2.2.3 โรคหัวใจห้องบนเต้นสั่นพริ้ว (Atrial fibrillation: AF) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญสำหรับโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Boehme et al., 2017) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันตรวจ

พบว่ามีความถี่หัวใจห้องบนเต้นสั่นพริ้วประมาณร้อยละ 24 ของผู้ป่วยสมองขาดเลือด และพบว่าสัดส่วนของโรคหลอดเลือดสมองตีบที่เกิดจาก AF เพิ่มขึ้นตามอายุและอาจมีมากถึงร้อยละ 40 ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคสมองขาดเลือด จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหัวใจห้องบนเต้นพลิ้วตรวจไม่พบอาการใน 3 ปีแรกทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา (Tsao et al., 2022) ความเชื่อมโยงระหว่าง AF กับ โรคหลอดเลือดสมองนั้นเกิดจากภาวะชะงักของเลือดในหัวใจห้องเอเทรียม ด้านซ้ายที่มีภาวะ Fibrillating ทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันและหลุดเข้าไปเส้นเลือดอุดตันหลอดเลือดสมอง (Boehme et al., 2017; Dalgaard et al., 2020)

2.2.4 ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะไขมันในเลือดผิดปกติกับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาของ Sun et al. (2019) พบว่าเมื่อระดับของไขมันเลว (Low density lipoprotein-cholesterol) ลดลง 1 mmol/L ( $\approx 39$  mg/dL) สัมพันธ์กับความเสถียรลดลงร้อยละ 20 ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และไขมัน LDL สัมพันธ์กับการเกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงแคโรติค (Carotid artery) และพบว่าไขมันดี (HDL Cholesterol) มีความสัมพันธ์ผกผันกับโรคสมองขาดเลือดเป็นส่วนใหญ่ จากผลการศึกษาของ Amarenco et al. (2008) ที่พบว่าระดับไขมันดีที่เพิ่มขึ้น 10 mg/dL ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดได้ถึงร้อยละ 11-15 นั้นจึงถือได้ว่า ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยอ้อม (Boehme et al., 2017; Feigin et al., 2022; Tsao et al., 2022) และการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ที่มีระดับไขมันเลวหรือคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี [Low Density Lipoprotein Cholesterol (LDL Cholesterol)] มากกว่าหรือเท่ากับ 100 mg/dl มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 5.06 เท่า ของผู้ที่มีระดับ LDL Cholesterol น้อยกว่า 100 mg/dl (มีรันตี แพงงและคณะ, 2565)

2.2.5 ผู้ที่เคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการทางระบบประสาทเกิดขึ้นชั่วคราว เรียกว่า Transient ischemic attack (TIA) หรือ Mini stroke เป็นภาวะผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันที จากการที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว โดยส่วนใหญ่อาการ TIA จะเป็นอยู่ประมาณ 5 - 20 นาที โดยความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้จะหายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง โดยไม่มีการทำลายเนื้อสมองแต่อาจมีอาการชาหรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อหรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป (พรภัทร ชรรมสโรช, 2555; Kleindorfer et al., 2021) ผู้ที่มีภาวะ TIA มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคสมองขาดเลือกร้อยละ 1.2, 5 และ 7.4 ในวันที่ 2, 30 และ 90 วันหลังจากเกิด TIA ตามลำดับ (Najib et al., 2019) นอกจากนี้ในระยะยาวยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคสมองขาดเลือกร้อยละ 5.1 ในระยะเวลา 1 ปี และมีความเสี่ยงร้อยละ 9.5 ในระยะเวลา 5 ปี (Kaufman et al., 2020)

2.2.6 โรคอ้วน จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดมีภาวะอ้วน พบได้มากถึงร้อยละ 50-100 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวปกติ และโรคอ้วนยังมีปัจจัยสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและโรคหัวใจห้องบนสันพริ้ว (Kleindorfer et al., 2021) และพบว่าผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน High body mass index (BMI) มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคสมองขาดเลือดได้มากถึงร้อยละ 24.4 (Feigin et al., 2022) ซึ่งภาวะอ้วนหรือค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ  $25 \text{ kg/m}^2$  มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2 เท่า (ศรีพร รอดแก้ว และคณะ, 2564)

การปรับพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจะทำให้สามารถช่วยลดความเสี่ยงและความรุนแรงในการเกิดโรคสมองขาดเลือดได้ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดโรคสมองขาดเลือดเพื่อที่จะช่วยให้คำแนะนำในการป้องกันการเกิดโรคสมองขาดเลือดในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังและผู้ที่มีความเสี่ยงสูง

#### พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ในภาวะปกติสมองต้องการเลือดไปเลี้ยง (Cerebral blood flow) ร้อยละ 15 ของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) ซึ่งโดยปกติเท่ากับ 750 มิลลิลิตร ต่อนาที และต้องการออกซิเจน ร้อยละ 20 ของออกซิเจนที่หายใจเข้าไป ขณะพักสมองของมนุษย์ จะมีเลือดไปเลี้ยงประมาณ 50 - 55 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555; Grossman et al., 2014) โดยที่ Gray matter blood flow จะสูงกว่า White matter blood flow เมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือดสมองขึ้น สมองจะมีกลไกที่สามารถป้องกันตนเองจากการขาดเลือดไปเลี้ยง คือ มีการเชื่อมประสานกันของแขนงหลอดเลือดแดง และมีกลไกการปรับตัวอัตโนมัติ (Autoregulation) การที่สมองมีความสามารถพิเศษนี้ ก็เพื่อควบคุมให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ โดยสมองจะมีการปรับตัวเพิ่มการไหลเวียนเลือดจากระบบหลอดเลือดใกล้เคียง (Collateral circulation) เพื่อรักษาระดับของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง และปริมาณออกซิเจน (Oxygen supply) ให้คงที่ที่สุด และเนื่องจากสมองไม่มีแหล่งสำรองกลูโคส

หากมีเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนใดส่วนหนึ่งลดต่ำกว่า 18 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัม ต่อนาที เซลล์สมองจะเสียหายที่ทางสรีระ เซลล์ประสาทจะไม่ทำงานหรือสมองจะมี Electrical failure และหยุดทำงานชั่วคราว แต่ยังไม่เกิดภาวะสมองตาย ส่วนของสมองบริเวณรอบ ๆ ที่ขาดเลือดแต่ยังไม่เกิดภาวะสมองตายนี้ เรียกว่า Ischemic penumbra ซึ่งจะมีเลือดไปเลี้ยงอยู่ระหว่าง 8-18 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัม ต่อนาที และเป็นส่วนที่สามารถกู้กลับคืนได้ (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555; Deb et al., 2010; Grossman et al., 2014) หากสามารถรักษาเปิดหลอดเลือดที่อุดตันให้เลือด

ไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้ทันเวลาจะไม่ทำให้เนื้อสมองบริเวณ Penumbra เกิดภาวะสมองตายและจะสามารถกู้กลับคืนมาให้ทำงานได้ปกติ

แต่หากไม่สามารถเปิดหลอดเลือดได้ทันเวลา จะทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงมากกว่าเดิมไปทำให้เนื้อสมองเกิดการสูญเสียหน้าที่ มากขึ้นตามไปด้วย หากมีเลือดมาเลี้ยงสมองน้อยลงโดยได้รับเลือดน้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองอย่างถาวรจนถึงจุดวิกฤต คือ ต่ำกว่า 10 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที Proton pump ที่เยื่อหุ้มเซลล์จะสูญเสียหน้าที่ เกิด Failure of ionic pump ทำให้แคลเซียม ( $Ca^{2+}$ ) ที่ปกติอยู่ภายนอกเซลล์ ไหลทะลักเข้าสู่ภายในเซลล์ เกิดการคั่งของไอออนของแคลเซียม โซเดียม และคลอไรด์ในเซลล์ประสาท ซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ Phospholipase และ Protease ทำให้ DNA และ โครงสร้างของเซลล์เสียหาย เกิด Oxygen free radicals ทำให้เกิด Mitochondrial injury และกระตุ้น Ischemic cascade ซึ่งเป็นกระบวนการทำลายเซลล์ประสาท (Deb et al., 2010)

โดยเกิดการบวมของเซลล์ประสาท และมีการแตกของแอสโตรไซท์ (Astrocytes) พบเนื้อเยื่อบุโพรงหลอดเลือดบวม มีเซลล์นิวโทรฟิล (Neutrophils) เข้ามาบริเวณที่ขาดเลือด และเพิ่มจำนวนมากขึ้น เซลล์ Microglia เพิ่มจำนวน และเก็บกินปลอกประสาท (Myelin) ที่เสียหายจนเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงมากกว่า 8 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที เซลล์ประสาทจะตายบริเวณแกนกลางที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจะเป็นตำแหน่งที่เนื้อสมองตายอย่างสมบูรณ์ (Cerebral infarction zone) หากไม่สามารถรักษาเพื่อเพิ่มระดับของปริมาณเลือดและออกซิเจนที่มาเลี้ยงสมองได้ และสมองขาดเลือดเกิน 3-8 นาที เซลล์ประสาทสมองจะตายอย่างถาวร (Irreversible cell damage) (พรภัทร ชรรมสโรช, 2555; Deb et al., 2010; Nakajima & Chester, 2020)

โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นระยะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงแต่เนื้อสมองยังไม่ตาย (Penumbra) ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟูได้ถ้าได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและทันเวลา ระยะเฉียบพลันของโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นระยะวิกฤต การรักษาที่เฉพาะด้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีความสำคัญอย่างมากในการรักษา ชีวิตของผู้ป่วยลดความพิการและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกระยะการให้การพยาบาลที่เป็นเลิศจะช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น (นิภาพร บุตรสิงห์, 2562)

#### อาการและอาการแสดง

จากการศึกษาของ Moser Dk Fau - Kimble et al. (2006) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 77.4 มักมีความผิดปกติหรือมีความบกพร่องของการสั่งการของอวัยวะ ทำให้มีแขนขาอ่อนแรงมากที่สุด ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่เป็นเฉียบพลัน

โดยอาการของผู้ป่วยจะมีอาการแตกต่างกันออกไปตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่เกิดการตีบหรืออุดตัน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. หลอดเลือดคาโรติดส่วนในสมอง [Internal carotid artery (ICA)] การอุดตันของหลอดเลือดบริเวณนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการบกพร่องในระบบประสาทสั่งการหรือระบบประสาทรับความรู้สึกในด้านตรงข้ามกับรอยโรค มีอาการอ่อนแรงบริเวณใบหน้าและแขนมากกว่าขา มีอาการตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็นชั่วคราว/ลานสายตาหายบางส่วน (Transient monocular blindness/field cut) มีความยากลำบากในการสื่อสารพูดไม่ชัด (Dysarthria) พูดลำบาก (Dysphasia) พูดไม่ได้ (Aphasia) มีภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) หากรอยโรคเกิดบริเวณซีกขวาจะมีอาการละเลยข้างซ้าย (Left neglect) (เปรมกมล ภัทรอิทธิกุล และสฤกษ์พัฒน์ ออร์พินท์, 2564; พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

2. หลอดเลือดสมองส่วนกลาง [Middle cerebral artery (MCA)] การอุดตันของหลอดเลือดบริเวณนี้จะมีอาการอาการคล้ายกับหลอดเลือดคาโรติดส่วนในสมอง คืออ่อนแรงบริเวณใบหน้าและแขนมากกว่าขาด้านตรงข้ามกับรอยโรค มีอาการความยากลำบากในการสื่อสารพูดไม่ชัด (Dysarthria) พูดลำบาก (Dysphasia) พูดไม่ได้ (Aphasia) มีภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) มีความยากในการอ่าน (Dyslexia) ไม่สามารถเขียนได้ (Dysgraphia) การมองเห็นลานสายตาแคบลง (Visual field cuts) ตาบอดครึ่งซีก (Homonymous hemianopsia) สูญเสียการรับรู้สัมผัส (Sensory loss) และมีอาการละเลยร่างกายด้านตรงข้ามกับรอยโรค (Neglect syndrome) (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

3. หลอดเลือดสมองส่วนหน้า [Anterior cerebral artery (ACA)] การอุดตันของหลอดเลือดบริเวณนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการสับสน ระบบประสาทสั่งการและการรับรู้บกพร่อง มีอาการอ่อนแรงบริเวณขามากกว่าแขนด้านตรงข้ามกับรอยโรค มีอาการสูญเสียการรับรู้สัมผัส (Sensory loss) มีอาการชาโดยเฉพาะบริเวณแขน มีการเดินก้าวแรกด้วยความยากลำบาก (Gait apraxia) ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ (Urinary incontinence) (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

4. หลอดเลือดที่อยู่บริเวณก้านสมอง (Vertebrobasilar artery) การอุดตันของหลอดเลือดบริเวณนี้ผู้ป่วยจะสูญเสียการรับรู้การสัมผัสอุณหภูมิการรับรู้ความเจ็บปวด มีอาการชาที่ใบหน้าข้างเดียวกับรอยโรค และบริเวณแขนขาตรงข้ามกับรอยโรค อาจทำให้สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก และมีอาการอ่อนแรงอย่างรุนแรงได้ และมีอาการสูญเสียการทรงตัว (Ataxia) (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

5. หลอดเลือดสมองส่วนหลัง (Posterior cerebral artery) การอุดตันของหลอดเลือดบริเวณข้างขวาจะทำให้มีภาวะสายตาผิดปกติด้านซ้าย (Left hemianopia) แขนขาขาครึ่งซีก

(Hemisensory loss) มีภาวะลืมใบหน้า (Prosopagnosia) เป็นความผิดปกติทางสมองที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำและแยกความแตกต่างของใบหน้าได้ หากมีการอุดตันข้างซ้ายผู้ป่วยจะมีอาการสายตาด้านขวาผิดปกติ (Right hemianopia) ตาบอดสี (Color anomia) มีอาการหลงลืมชั่วคราว (Transient amnesia) หรืออาจสูญเสียความทรงจำได้ มีความยากในการอ่าน (Dyslexia) (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

### แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เป็นโรคที่พบได้บ่อยทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต อันดับต้น ๆ ของประชากรโลก รวมถึงในประเทศไทยด้วย ดังนั้นการดูแลรักษาในช่วงระยะเฉียบพลันจึงมีความสำคัญมาก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะพิการอย่างถาวร หรือการเสียชีวิตในระยะเริ่มแรก (วิทยาลัยแพทยจุฬาลงกรณ์แห่งประเทศไทย, 2563; Kleindorfer et al., 2021; Nakajima & Chester, 2020) โดยมีแนวทางในการดูแลรักษา ดังนี้

1. ประเมินอาการผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ได้แก่อาการที่สงสัยภาวะ Acute stroke จากประวัติและการตรวจร่างกาย คือ 1) ใบหน้าอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง (Face) 2) แขนอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง (Arm) 3) พูดผิดปกติ พูดช้า หรือไม่พูด (Speech) และ 4) ระยะเวลาที่เกิดอาการ
2. ส่งทำ CT-brain Non-contrast เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในสมอง และเจาะระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อประเมินภาวะ Hypo-/hyperglycemia เนื่องจากอาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหมือนโรคหลอดเลือดสมอง แต่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมอง (Mimic stroke) ได้ ซึ่งมีผลต่อการพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด
3. ประเมิน NIHSS สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบจับป้อนเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรค (Ortiz & Sacco, 2014)
4. ประเมินสัญญาณชีพ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง วัด Oxygen Saturation ถ้ามีความผิดปกติรีบแก้ไขอย่างเร่งด่วน
5. ทำการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, Platelet Count, PT, PTT, Electrolyte และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
6. แพทย์พิจารณาตามข้อบ่งชี้ในการให้ยาโดยถ้าระยะเวลาเริ่มเกิดอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง และพิจารณาว่ามีข้อห้ามในการให้ยา ได้แก่
  - 6.1 เคยมีเลือดออกระบบทางเดินอาหารภายใน 21 วัน
  - 6.2 มีประวัติเกิดอุบัติเหตุที่ศีรษะรุนแรง (Severe head injury) หรือ เคยเกิดโรคหลอดเลือดสมองภายใน 3 เดือน
  - 6.3 ได้รับการผ่าตัดสมองหรือไขสันหลังภายใน 3 เดือน

6.4 อาการแสดงที่สงสัยว่ามีภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage)

6.5 มีประวัติเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ (Intracranial hemorrhage)

6.6 ความดันโลหิตซิสโตลิก  $> 185$  mmHg หรือไดแอสโตลิก  $110$  mmHg โดยไม่สามารถลดความดันโลหิตได้ด้วยยาลดความดันทางหลอดเลือดดำ

6.7 มีการเสียเลือดออกภายในร่างกายอย่างต่อเนื่อง

6.8 มีภาวะเสี่ยงต่อการมีเลือดออกได้ง่าย ประกอบด้วย เกล็ดเลือด  $< 100,000$  ต่อลบ.มม. หรือ  $INR > 1.7$  หรือ  $aPTT > 40$  วินาที  $PT > 15$  วินาที หรือ ได้รับ Heparin ในช่วง 48 ชั่วโมง เป็นผลให้  $aPTT$  ผิดปกติ หรือ ใช้อย่างป้องกันเลือดแข็งตัว และมีค่า  $INR > 1.7$  หรือ  $PT > 15$  วินาที

6.9 ระดับน้ำตาลในเลือด  $< 50$  มก/ดล. ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบสมองขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง (Hypodensity  $> 1/3$  Cerebral hemisphere) หากพิจารณาแล้วไม่มีข้อห้ามเหล่านี้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้

7. ให้ยา Recombinant tissue-plasminogen activator โดยขนาดยาที่ให้ คือ  $0.9$  มิลลิกรัม/กิโลกรัม ขนาดสูงสุด คือ  $90$  มิลลิกรัม โดยแบ่งขนาดยาร้อยละ  $10$  ให้ทางหลอดเลือดดำทันทีส่วนที่เหลือให้หยดทางหลอดเลือดดำภายใน  $1$  ชั่วโมง (Adeoye et al., 2019)

8. ประเมินสัญญาณชีพ และอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทโดยใช้ NIHSS ทุก  $15$  นาที เป็นเวลา  $2$  ชั่วโมง หลังจากนั้นประเมินทุก  $30$  นาทีเป็นเวลา  $6$  ชั่วโมง และทุก  $1$  ชั่วโมง จนครบ  $24$  ชั่วโมง หลังเริ่ม ให้ยาละลายลิ่มเลือด หลังจากอาการผู้ป่วยคงที่ให้ประเมินตามความเหมาะสม (นิภาพร บุตรสิงห์, 2562; วิทยาลัยแพทยจุฬาราชมนตรีแห่งประเทศไทย, 2563; Adeoye et al., 2019; Powers et al., 2019)

9. รับเข้าไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤต หรือ หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) ติดตาม CT brain หรือ MRI brain ที่  $24$  ชั่วโมง

10. สำหรับกลุ่มที่ Onset 6-24 ชั่วโมง ให้ส่งทำ Perfusion imaging โดยหากพบลักษณะที่เข้าได้กับ Eligibility criteria ของทั้ง DAWN หรือ DEFUSE 3 trials สำหรับ 6-16 ชั่วโมง หรือ เข้าได้กับ Eligibility criteria ของ DAWN trial สำหรับ 16-24 ชั่วโมง ก็ให้ส่งทำ Mechanical thrombectomy (Powers et al., 2019)

จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ภายใน  $3$  ชั่วโมง นับจากมีอาการของหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจะมีผลลัพธ์ทางการรักษาดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา เมื่อประเมินที่ช่วงเวลา  $90$  วัน หลังจากได้รับการรักษา

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ได้รับยาดังกล่าว จะมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในสมอง (Symptomatic intracerebral hemorrhage) ที่จะเกิดภายใน 36 ชั่วโมงหลังจากได้รับยาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 6.4) แต่โดยรวมแล้วอัตราการเสียชีวิตในช่วงเวลา 90 วัน ในกลุ่มที่ได้รับยา ก็ยังต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ (ร้อยละ 17 เปรียบเทียบกับร้อยละ 21) แต่ยังไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555) และการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ทางหลอดเลือดดำมีผลการรักษาที่ดีขึ้นลดอัตราความรุนแรงของโรค (NIHSS) ระดับความพิการ (modified Rankin Score) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel Index) ประเมินที่ระยะเวลา 3 เดือนอยู่ที่ประมาณร้อยละ 30-40 (Adeoye et al., 2019; Betts et al., 2017) ผลการรักษาที่ดี (mRS 0-1) ที่ 90 วัน เท่ากับ 32.4-46.8 (ชัชชัย สมิตะสิริ และวิฑูรย์ จันทโรทัย, 2564) ลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้ 0.56 เท่า ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ 0.65 เท่า และมีความสามารถดำรงชีวิตโดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นสูงกว่า 1.42 เท่าเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา rt-PA (Betts et al., 2017) แต่ก็มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้หลังได้รับยา เช่น ภาวะเลือดออกในสมองประมาณร้อยละ 2-7 (Adeoye et al., 2019) และเสียชีวิตประมาณร้อยละ 7

แต่อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ก็ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรให้ยาเพื่อลดความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 185/110 mmHg. ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด และควบคุมความดันโลหิตไม่ให้เกิน 180/105 mmHg. ภายใน 24 ชั่วโมงแรก หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด (Powers et al., 2019) เนื่องจากการรักษาระดับความดันโลหิตให้พอเหมาะในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง แต่ไม่ควรลดให้ความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90-100 mmHg. เนื่องจากกลไกที่รักษาระดับเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเสียไป ดังนั้น ถ้าความดันโลหิตต่ำเกินไป จะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงส่งผลให้เกิดเซลล์สมองตายมากขึ้น (Nakajima & Chester, 2020)

การให้ยาด้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) ให้ยาแอสไพริน (Aspirin) ขนาด 160-300 มิลลิกรัม ในช่วงเวลา 24-48 ชั่วโมงแรกหลังมีอาการ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ให้เริ่มยาแอสไพรินหลังจากได้ยา rt-PA ครบ 24 ชั่วโมง (Powers et al., 2019) และในกรณีที่ผู้ป่วยกลุ่ม Minor noncardioembolic ischemic stroke (คะแนน NIHSS < 3 คะแนน) ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม Alteplase ทางหลอดเลือดดำ รักษาด้วยยาด้านเกล็ดเลือด 2 ชนิดร่วมกัน (Dual antiplatelet) ได้แก่ยาแอสไพริน (Aspirin) ร่วมกับยาโคลพิโดเกรล (Clopidogrel) โดยเริ่มภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังมีอาการและให้ต่อเนื่องจนครบ 21 วัน มีผลในการลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ (Recurrent ischemic stroke) ในระยะเวลา 90 วันหลังมีอาการได้ และมีการให้ยาแอสไพริน

ขนาด 75-325 มิลลิกรัมต่อวันเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (สุพพตา เมธารักษ์ชีพ และชนบูรณ วรกิจธำรงค์ชัย, 2563; Powers et al., 2019)

การรักษาแบบเปิดหลอดเลือดสมองที่อุดตัน (Recanalization) ปัจจุบันผลการศึกษพบว่า การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือด (ในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และไม่มีข้อห้ามในการรักษาด้วยวิธีนี้) มีประโยชน์ในการลดอัตราการความพิการและลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (ชนบูรณ วรกิจธำรงค์ชัย, 2017) การศึกษาในประเทศไทย พบว่า รักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลตรง มีผลการรักษาที่ดี (mRS 0-2 ที่ 3 เดือน) ร้อยละ 38.2 (ทิพย์ลดา บุญชัย, 2564) โดยวิธีการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดมีแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน โดยการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือด โดยมีข้อบ่งชี้ของการรักษาด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน (Virani et al., 2023) ดังนี้

1. ผู้ป่วยมี mRS 0-1 ก่อนมีอาการโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้
2. ถ้าผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้ามของการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ต้องพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมงนับจากเริ่มมีอาการที่ได้รับยาแล้วหลอดเลือดยังไม่เปิด
3. เป็นผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากการอุดตันของหลอดเลือด internal carotid artery (ICA) หรือหลอดเลือด middle cerebral artery (M1) ส่วนต้น
4. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี
5. เป็นผู้ป่วยที่มี NIHSS มากกว่าหรือเท่ากับ 6
6. เป็นผู้ป่วยที่ได้ทำ CT brain แล้วประเมิน ASPECT score มากกว่าหรือเท่ากับ 6
7. เป็นผู้ป่วยที่คาดว่าจะได้รับการรักษาด้วยวิธีใส่สายสวนหลอดเลือดในสมองภายใน 6 ชั่วโมง โดยนับเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองจนถึงทำการเจาะหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ขาหนีบเพื่อเริ่มต้นการรักษา

แต่อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดต่างๆ พบว่า มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการรักษาด้วยวิธีการใส่สายสวนหลอดเลือดสมองตั้งแต่ปี 2556 ถึง 2558 ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบเพียงร้อยละ 4.1 (Tsao et al., 2023) ที่เข้าถึงการรักษาด้วยวิธีเปิดหลอดเลือดสมองที่อุดตันผ่านสายสวนหลอดเลือด และในจังหวัดชลบุรียังมีการรักษาที่จำกัด มีเพียง 2 โรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดด้วยสายสวน ซึ่งทำให้มีการเข้าถึงได้น้อย

## ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกส่งผลกระทบต่างๆมากมายต่อผู้ป่วยโดยแบ่งเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 1. ผลกระทบต่อผู้ป่วย

#### 1.1 ด้านร่างกาย

1.1.1 ภาวะความสามารถของสมองบกพร่อง (Cognitive Impairment) โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดทำให้เกิดความสามารถของสมองบกพร่องจากหลอดเลือด (Vascular cognitive impairment) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากพบพยาธิสภาพบริเวณ Cerebral cortex, Hippocampus, The white matter lesions (WMLs) และ Cerebral microbleeds (CMBs) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมี ปัญหา ภาวะความสามารถของสมองบกพร่อง (Cognitive impairment) ตามมา (Sun et al., 2014) จาก การศึกษาของ Sexton et al. (2019) ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองขาดเลือดที่มีภาวะความสามารถของสมองบกพร่องที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเวลา 1 ปีหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด พบว่ามีความชุกร้อยละ 38 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองขาดเลือดครั้งแรก โดยผู้ป่วยจะมีความบกพร่องด้านต่างๆ เช่น การขาดสมาธิ ความจำ บกพร่องและมีปัญหาด้านการสื่อสาร ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง การ ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำลดลงซึ่งพบได้ถึง ร้อยละ 39 (Rohde et al., 2019) รวมไปถึงยังเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะพัฒนากลายเป็น สมองเสื่อมตามมาได้ โดยจากการศึกษาของ Craig et al. (2022) ที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็น ระบบผลพบว่าที่ระยะเวลา 1 ปีหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดพบความชุกของผู้ป่วย เกิดภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 18.1

1.1.2 ความบกพร่องในการรับรู้ (Perceptual Impairment) เป็นความบกพร่อง เกี่ยวข้องกับการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน ดมกลิ่น และการรับรส โดยจะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหา ด้านการรับรู้ และการแปลความหมายของสิ่งที่มากระตุ้นระบบรับรู้สติ ทำให้ผู้ป่วยจะ ไม่ สามารถรับรู้ หรือ ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น จากการทบทวนวรรณกรรมของ Hazelton et al. (2021) พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาความบกพร่องในการรับรู้ในด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านทักษะการรับรู้สัมผัส อาจลดลงได้ถึงร้อยละ 85 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ด้านการมองเห็นพบ อุบัติการณ์ร้อยละ 69 ในระยะเวลา 1 เดือนแรก และพบมากขึ้นเป็นร้อยละ 74 ในระยะเวลา 2 ปี ต่อมาหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการได้ยินพบความชุกร้อยละ 40 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่มีอายุ 18-60 ปี ด้านการดมกลิ่นพบว่าการดมกลิ่นบกพร่องได้มากถึงร้อยละ 43 ในปี แรกปี และยังพบว่าไม่สามารถรับรู้กลิ่นได้เลยมากถึงร้อยละ 10.8 ด้านการรับรสพบการรับรส

บกพร่องร้อยละ 6 ในช่วงสัปดาห์แรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ซึ่งจากความบกพร่องในการรับรู้ที่กล่าวมานั้นส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก อีกทั้งยังเป็นอุปสรรคการฟื้นฟูสมรรถภาพอีกด้วย (Hazelton et al., 2022)

1.1.3 ความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ (Motor Impairment) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดส่วนมากมีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายร้อยละ 55.7 ทำให้ร่างกายด้านขวาทำให้เป็นอัมพาตมากที่สุดถึงร้อยละ 57.7 ลำดับต่อมาคือร่างกายด้านซ้ายเป็นอัมพาตพบได้ร้อยละ 32.1 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเป็นอัมพาตทั้งสองข้างได้ถึงร้อยละ 10.4 (Ferdous et al., 2022) ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่อง ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการทรงตัว และกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน ซึ่งเกิดจากความบกพร่องของกำลังของกล้ามเนื้อ และปัญหาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อทำให้มีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เป็นอย่างมาก (Aqueveque et al., 2017)

1.1.4 ความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร (Communication Disorder) ความบกพร่องในการสื่อสารเกิดได้จากการมีพยาธิสภาพในสมองบริเวณที่ควบคุมเรื่องภาษา (Aphasia) และเกิดจากความผิดปกติที่เกิดจากการควบคุมกล้ามเนื้อในการพูดผิดปกติ (Dysarthria) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีความบกพร่องในการสื่อสารมากถึงร้อยละ 64 โดยแบ่งเป็นความบกพร่องในด้าน Aphasia และ Dysarthria ร้อยละ 28 Dysarthria ร้อยละ 24 และ Aphasia ร้อยละ 12 (Mitchell et al., 2020)

โดย Aphasia สามารถแบ่งได้ดังนี้ Broca's aphasia พบได้มากที่สุดร้อยละ 38.5 เกิดจากสมองซีกซ้ายบริเวณส่วนหน้าได้รับความเสียหาย ผู้ป่วยสามารถฟังจับใจความจากผู้พูดได้เล็กน้อย และพูดสื่อสารกลับได้เพียงประโยคสั้นๆ หรือสื่อสารไม่ได้เลย รองลงมาคือ Global aphasia พบได้ร้อยละ 27.9 เกิดจากสมองซีกซ้ายได้รับความเสียหายทั้งบริเวณส่วนหน้า และส่วนกลาง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการสื่อสารทั้งด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียน และ Wernicke's Aphasia พบได้ร้อยละ 12.5 เกิดจากส่วนกลางของสมองซีกซ้ายได้รับความเสียหาย ผู้ป่วยมักจะไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้อื่นพูด สามารถพูดได้ แต่จะพูดไม่รู้เรื่อง อีกทั้งยังไม่สามารถรับรู้ว่าได้ตนเองมีปัญหาด้านการสื่อสาร (Lahiri et al., 2020) ส่วน Dysarthria เป็นความผิดปกติที่เกิดจากการควบคุมกล้ามเนื้อในการพูดผิดปกติโดยสาเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า (Facials palsy) (Mitchell et al., 2020)

1.1.5 ความบกพร่องในเรื่องการกลืนอาหาร (Dysphagia) หรืออาการกลืนลำบาก เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จากการศึกษาของ Banda et al. (2022) ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าอาการกลืนลำบากหลังจากโรคสมอง

ขาดเลือดพบความชุกได้ถึงร้อยละ 42 นอกจากนี้ยังพบว่าอาการกลืนลำบากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความเสี่ยงที่จะเกิดปอดติดเชื้อได้มากกว่า 4.35 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีภาวะกลืนลำบาก และพบว่ามีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะกลืนลำบากถึง 4.07 เท่า

1.1.6 อาการปวดไหล่ (Shoulder pain after stroke) อาการปวดไหล่หลังโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เป็นอาการที่พบบ่อย โดยมีความชุกสูงถึงร้อยละ 12-49 (Liu et al., 2019; Nadler et al., 2020) มักเกิดขึ้นหลังจากโรคหลอดเลือดสมองตีบสองถึงสามเดือน และอาจส่งผลให้ต้องถอนตัวจากโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้มีการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น การทำงานของแขนขาดลงนอกจากนี้ยังส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง

1.1.7 ความบกพร่องของการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ (Bladder dysfunction and bowel dysfunction) ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดมีความบกพร่องในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมีอาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ความชุกร้อยละ 34 ในผู้ป่วยเพศหญิง และอุจจาระไม่ได้ความชุกร้อยละ 5 ในเพศชาย และร้อยละ 6 ในเพศหญิง (Jacob & Kostev, 2020) เกิดได้จากการมีพยาธิสภาพบริเวณที่ควบคุมการขับถ่าย เช่น มีการอุดตันของหลอดเลือด Anterior Cerebral Artery (ACA) มีรอยโรคบริเวณ Pontine (Di Napoli, 2009) ซึ่งนอกจากเกิดจากการขาดการควบคุมจากสมองแล้ว ยังเกิดจากอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจนไม่สามารถเคลื่อนไหวได้น้อย ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ นอกจากนี้การเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลงยังทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 24 ในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด (Kim et al., 2017)

1.2 ด้านจิตใจ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและถือเป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิตผู้ป่วย ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด มีภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Post-stroke depression : PSD) เป็นผลกระทบที่พบได้บ่อยและร้ายแรง พบได้ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้รอดชีวิต (Towfighi et al., 2017) จากการศึกษาจำนวนมากพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดก่อนข้างอยู่ในช่วงที่กว้าง แตกต่างกันไปในแต่ละงานวิจัย มีตั้งแต่ร้อยละ 5 ในช่วง 5 วันแรก และร้อยละ 84 ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน (Hamid & MacKenzie, 2017) และค่อยๆลดลงตามเวลาที่ผ่านไปจะเห็นได้ว่าในช่วง 2 ปีหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกมีอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วงร้อยละ 11-41 (Guo et al., 2022) มีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้การเกิด PSD รวมถึงประวัติภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ตำแหน่งรอยโรค และอื่นๆ

งานวิจัยส่วนใหญ่รายงานผลในทางเดียวกันว่า Post-stroke depression นั้นมีความเกี่ยวข้องกับ Stroke severity และ Degree of functional physical and cognitive impairment แต่สาเหตุการเกิดนั้นจะเกิดจาก Reactive psychological mechanism หรือ Biological factors related to brain damage ก็เป็นไปได้ทั้งคู่ โดยสาเหตุทางด้าน Biological factors มีมากมายหลาย Mechanisms จากที่มีการขาดเลือดไปเลี้ยงนับพันทำให้เปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง ส่งผลให้เกิดการอักเสบของเนื้อสมอง หลังจากนั้นเกิดกระบวนการตอบสนองต่อการอักเสบโดยมีการหลั่ง Cytokines (such as IL-6 and CRP) ทำให้ไปกระตุ้น HPA axis ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของระดับคอร์ติซอล ผลของคอร์ติซอลที่เพิ่มขึ้นส่งผลไปที่ Hippocampus hypothalamic และ Pituitary ทำให้เกิด Negative feedback HPA axis ระดับคอร์ติซอลที่สูงขึ้นมีผลทำให้ Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) ซึ่งเป็น โมเลกุลโปรตีนที่สำคัญที่ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเซลล์ประสาท กระตุ้นการเพิ่มแขนงประสาท และปรับความสามารถในการยืดหยุ่นของสมอง (พร้อมจิต ศรียาภัย และคณะ, 2563) ที่อยู่ใน Hippocampus มีระดับลดลง เมื่อระดับความเข้มข้นของ BDNF ในสมองลดลงสามารถนำไปสู่การพัฒนาสถานะอารมณ์ซึมเศร้า (Guo et al., 2022)

จากภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ ทำให้มีความพิการเพิ่มขึ้นและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้ (Hamid & MacKenzie, 2017; Robinson & Jorge, 2016) ทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น มีการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจที่ไม่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Hamid & MacKenzie, 2017; Towfighi et al., 2017)

1.3 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกมักได้รับผลกระทบจากความทุพพลภาพในระยะยาวที่มีความต้องการในการดูแลที่ซับซ้อน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ การบำบัดรักษา และการเข้าสังคมร่วมกันเพื่อจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นพร้อมกัน เช่น อัมพฤกษ์ อาการเกร็ง ปวด ความพิการทางสมอง ความบกพร่องทางสติปัญญาและภาวะซึมเศร้า (Lehnerer et al., 2019) มีการเสนอแนวทางหลายวิธีเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างครอบคลุมหลังจากโรคหลอดเลือดสมอง (Siegel et al., 2016) อย่างไรก็ตาม หลายคนเน้นส่งเสริมกลับคืนสู่ชุมชนก่อนกำหนดมากกว่าการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีความสนใจค่อนข้างน้อยในการฟื้นตัวทางสังคมของผู้ป่วย อาจรวมถึงการสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปทำงาน เข้าถึงผลประโยชน์ทางสังคม การติดต่อกับครอบครัวและเพื่อนฝูงและทำธุรกรรมทางการเงินค่อนข้างน้อย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้มีการฟื้นฟูและการปรับตัวเข้าสู่สังคม ส่งผลให้เกิดความซึมเศร้า และเป็นภาระสำหรับครอบครัวได้ (Pindus et al., 2018; Wang et al., 2014) นอกจากนี้ความพิการทางด้านสมองและด้านร่างกายหลงเหลือที่ทำให้ไม่สามารถกลับไปประกอบ

อาชีพได้ ทำให้รายได้โดยรวมของครอบครัวลดน้อยลง แต่ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาของผู้ป่วยกลับเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจซึ่งเป็นผลตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ค่าใช้จ่ายทั้งหมดของโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกโดยประมาณ 721 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (Feigin et al., 2022) และยังพบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกาต้นทุนในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดมูลค่ามากถึง 52.8 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (Tsao et al., 2022) และจากการศึกษาของสถาบันโรคประสาทในปี พุทธศักราช 2560 ในประเทศไทยพบว่า ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด มีต้นทุนทางตรงต่อการเข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดโดยเฉลี่ยคือ 42,400 บาทต่อการรักษา หรือโดยเฉลี่ยวันละ 9,660 บาทต่อวันนอนนอนโรงพยาบาล และมีวันนอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 5.7 วัน (Sribundit et al., 2017) นอกจากนี้ยังมีค่ารักษาบริการเป็นผู้ป่วยนอก 1,010.22 บาทต่อครั้ง และมีค่าเสียโอกาส เนื่องจากการขาดงานและความพิการ 101,681.20 บาทต่อคนต่อปี และความสูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิต 15,766.66 บาทต่อคนต่อปี ดังนั้นต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเท่ากับ 162,664.97 บาทต่อคนต่อปี (สรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อด้านสังคมและเศรษฐกิจทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ประเทศชาติและทั่วโลก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะพบได้ว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการรู้คิด การสื่อสาร การเคลื่อนไหว ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย และยังพบว่าผู้ป่วยมากกว่า 1 ใน 3 ของโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในช่วง 3 เดือนแรกหลังเจ็บป่วย ซึ่งการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจนี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน หรือในบางคนที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจนทำให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือกลับไปนอนโรงพยาบาลซ้ำ รวมไปถึงไม่สามารถทำงานได้ที่เคยทำอยู่ได้ ซึ่งปัญหาต่างๆเหล่านี้ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย รวมไปถึงสมาชิกครอบครัว ทำให้ต้องเข้าไปให้การดูแลและช่วยเหลือทั้งในด้านการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลกิจวัตรประจำวัน รวมไปถึงภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบต่างๆต่อผู้ดูแลได้ดังนี้

## 2. ผลกระทบต่อผู้ดูแล

ผลกระทบจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือและดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อช่วยเหลือในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน และการฟื้นฟูสภาพต่าง ๆ รวมถึงการดูแลทั้งด้านอารมณ์และจิตใจ (Chen et al., 2022; Olson & Juengst, 2019) ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่สำคัญของครอบครัว

ในการช่วยเหลือผู้ป่วย ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถนะร่างกายและจิตใจ มีส่วนช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ดูแลต้องมีภาระความรับผิดชอบที่เกิดมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อย วิตกกังวล เกิดความเครียด เกิดภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลตลอดจนทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก (Camicia et al., 2021; Chen et al., 2022; Lutz et al., 2017) โดยสามารถแบ่งผลกระทบออกเป็น ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

2.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยระยะเวลาที่ยาวนาน โดยใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันมากถึง 14 ชั่วโมง (Jiru-Hillmann et al., 2022) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่ทรุดโทรมลง โดยรู้สึกว่ามีกำลังในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 23.4 รู้สึกเหนื่อยร้อยละ 22.5 ไม่มีเวลาพักผ่อนร้อยละ 29.1 (Jiru-Hillmann et al., 2022) ซึ่งจะเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลต้องได้รับการอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยซึ่งอาจจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ จากการดูแลผู้ป่วยตามมาได้ซึ่งอาจทำให้มีการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ และข้อได้ และหากปฏิบัติกรดูแลไม่ถูกต้อง ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (นันทกาญจน์ ปัทม และคณะ, 2559) ดังนั้นจึงมีการเตรียมความพร้อมให้กับญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี เพื่อลดการเกิดปัญหาการบาดเจ็บกล้ามเนื้อและข้อ ของญาติผู้ดูแล หรืออาจมีภาวะโรคประจำตัวแย่ลง จากการใช้เวลาในการดูแลที่ยาวนาน และการพักผ่อนไม่เพียงพอ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557)

2.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ พบว่า ญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการฝึกการเตรียมความพร้อม หรือได้รับการเตรียมความพร้อมไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความวิตกกังวลอย่างมาก เกิดความไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย (Gutierrez-Baena & Romero-Grimaldi, 2022) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกจะทำให้ผู้ดูแลประสบการณ์ความเครียดทางอารมณ์ในระดับสูงจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและวิกฤติ และทำให้ญาติผู้ดูแลร้อยละ 40-60 แสดงภาวะซึมเศร้า (Mou et al., 2021) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Loh et al. (2017) ที่พบว่า ความชุกของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก เท่ากับร้อยละ 40.2 และ ร้อยละ 21.4 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าและจำนวนชั่วโมงการดูแลมากถึง 14 ชั่วโมงต่อสัปดาห์จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรักษาพยาบาลญาติผู้ดูแล และเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย (Gutierrez-Baena & Romero-Grimaldi, 2022) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบความชุกของความรู้สึก

เป็นภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 40.9 (นิรชา ภูวนารักษ์ และภักวีร์ นาคะวิโร, 2563)

2.3 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผลกระทบทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกประมาณสองในสามของผู้ดูแลต้องกำจัดการกิจกรรมต่าง ๆ ออกจากชีวิตประจำวันร้อยละ 36.4 และยังทำให้มีเวลาให้กับครอบครัวและเพื่อน ๆ น้อยลง (Jiru-Hillmann et al., 2022) นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจึงส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวต้องรับบทบาทใหม่ และรับมือกับการเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่ทั้งภาระทางเศรษฐกิจ สังคม ในขณะที่ครอบครัวมีความต้องการการบริการทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นแต่ไม่สามารถหารายได้ให้เพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ เช่น จากผู้ที่มีงานประจำ หารายได้เลี้ยงครอบครัวมาเป็นผู้ดูแล ทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้ที่จะนำมาใช้จ่ายในครอบครัว (Menon et al., 2017)

ญาติผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้กับผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลตลอดไปจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาและความต่อเนื่อง โดยในช่วงระยะเวลา 3 เดือนแรกเป็นระยะเวลาที่ดีที่สุดในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย (Powers et al., 2019) ซึ่งเมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้านญาติมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลและช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้ป่วย เช่น การช่วยทำกายภาพบำบัด เพื่อฝึกกำลังแขนขา การทรงตัว การเคลื่อนไหว การเดิน ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพื่อให้ผู้ป่วยมีศักยภาพสูงสุดและลดภาวะบกพร่องทางร่างกาย

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกทั้งในด้านร่างกายที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ได้แก่ การพักผ่อนไม่เพียงพอ ระยะเวลาหรือจำนวนของชั่วโมงที่ดูแลต่อวันมีระยะเวลานานเกินไป ส่งผลให้มีผลกระทบต่อด้านจิตใจ ให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล และมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง หากไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับการเข้ารับบทบาทญาติผู้ดูแล

### ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

เมื่อมีการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทำให้จำเป็นต้องมีบุคคลที่จะเข้ามาดูแลและช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงกิจวัตรประจำวันซึ่งบุคคลที่จะเข้ามาดูแลผู้ป่วยคือสมาชิกในครอบครัว ที่จำเป็นต้องได้รับบทบาทญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ที่มีภาวะทุพพลภาพ ต้องพึ่งพา โดยบุคคลดังกล่าวมักเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วย

ความสมัครใจ ไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง หรือรางวัล ซึ่งบุคคลนั้น อาจเป็น ญาติ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือญาติคนใด คนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; Schumacher et al., 2006)

สมาคมญาติผู้ดูแล แห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา (National Family Caregivers Association (NFCAG), 2010) ยังได้กล่าว ไว้ว่าความหมายของญาติผู้ดูแลมีความหลากหลายแตกต่างกันไปตามบริบทของคนที่ทำให้คำจำกัดความ เช่น แพทย์ นักวิจัย หรือนักสังคมสงเคราะห์ โดย Horowitz and Shindelman (1983) ได้ให้ความหมายของ ผู้ดูแล ไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับของขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วย และการใช้เวลาในการดูแล ซึ่งประกอบด้วย

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โดยตรง ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
2. ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่มีหน้าที่ในการดูแลและช่วยเหลือกิจกรรมให้กับผู้ป่วย เป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือเป็นผู้คอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย ในด้านต่าง ๆ

นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งประเภทของผู้ดูแลตามลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแลเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Li & Song, 2019)

1. ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล
2. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ผู้รับจ้างดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ โดยจะรับหรือไม่รับค่าตอบแทนก็ได้

โดยสรุปในการศึกษาครั้งนี้ ญาติผู้ดูแลคือ บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติของผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนใด ๆ ในการดูแล

#### **ปัจจัยที่นำไปสู่การรับบทบาทญาติผู้ดูแล**

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกส่วนมากมักมีความบกพร่องทางด้านร่างกาย หรือบางรายมีความบกพร่องในด้านการรู้คิด ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องมึบทบาทเข้ามาดูแลในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย รวมไปถึงการดูแลด้านจิตใจ และ

การจัดตั้งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย โดยการที่บุคคลจะรับบทบาทญาติผู้ดูแลมีปัจจัยต่างๆ ดังนี้ (ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541)

1. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ สืบต่อกันผ่านวัฒนธรรมเป็นหน้าที่ ที่ต้องทำการตอบแทนบุญคุณ บาปบุญตามศาสนา และการมีความรักต่อผู้ป่วย
2. สัมพันธภาพ ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความห่วงใย ความหวังดีซึ่งกันและกัน
3. ศักยภาพของผู้ดูแล คือความสามารถในการดูแลกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความสามารถ มีประสบการณ์และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้
4. การยอมรับของผู้ดูแล คือการที่ผู้ดูแลมีความรัก มีความห่วงใยต่อผู้ป่วย มีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
5. การยอมรับของผู้ได้รับการดูแล คือการที่ผู้ได้รับการดูแลเกิดความพึงพอใจการการได้รับการดูแล
6. เวลาและความสะดวกของผู้ดูแล อาจขึ้นอยู่กับงานประจำที่ทำอยู่ ภาระหน้าที่อื่นๆ ที่มีอยู่ก่อนการดูแลผู้ป่วย
7. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ ส่วนมากสมาชิกในครอบครัวมักจะเลือกให้บุคคลที่ไม่มีงานประจำเข้ารับบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลหลัก และผู้ที่มีงานประจำจะเป็นผู้ดูแลรองร่วม และช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

โดยสรุป ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก หมายถึงบุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ โดยบุคคลดังกล่าวเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความสมัครใจ ไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง หรือรางวัล ซึ่งโดยส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องเป็น ญาติ หรือสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคนี สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มการฟื้นฟูสมรรถนะของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมให้กับญาติผู้ดูแลจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อการวางแผนจำหน่ายในการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน หรือวางแผนสำหรับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดที่เกิดขึ้นจากการดูแล เช่น การดูแลเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือการกลับมานอน โรงพยาบาลซ้ำ (McLennon et al., 2014) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจึงควรที่จะได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ลดการเกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและผู้ดูแล

## การเตรียมความพร้อม (Preparedness)

การเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลเป็นประเด็นสำคัญสำหรับการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยที่พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแล โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินญาติผู้ดูแล และเตรียมความพร้อมให้กับญาติผู้ดูแล เพื่อให้สามารถเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลเปลี่ยนผ่านได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น และหากญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองได้รับการเตรียมความพร้อมแล้ว จะเกิดความมั่นใจ มีทักษะ มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ ก็จะแสดงให้เห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนผ่านอย่างสมบูรณ์ โดยการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลถือเป็นการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics) ตามแนวคิดของ Schumacher and Meleis (1994)

การศึกษาการเตรียมความพร้อมโดย Stewart and Archbold (1994) ซึ่งเป็นงานวิจัยคุณภาพเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความพร้อมในการดูแล ตลอดจนได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการดูแลขึ้น โดยให้ความหมายของการเตรียมความพร้อมว่า คือ การประเมินการรับรู้ การได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล เพื่อรับมือกับความต้องการทางร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วย รวมถึงการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการประสานงานกับระบบบริการในการดูแลผู้ป่วย จัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉิน และจัดการกับความเครียดของตนเอง โดยแบ่งการเตรียมความพร้อมเป็นหลายด้าน (Archbold et al., 1990) ดังนี้ คือ 1) การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย 2) การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ 3) การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการให้บริการสุขภาพ และจัดหาแหล่งในการดูแล 4) การเตรียมความพร้อมในด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล 5) การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ 6) การเตรียมความพร้อมในด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน 7) การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล และ 8) การเตรียมความพร้อมในด้านการดูแลผู้ป่วยโดยรวม

Schumacher et al. (2008) ให้ความหมายของการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลว่า เป็นการแสดงถึง การรับรู้การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลสำหรับบทบาทที่ได้รับ เช่นการจัดการดูแลทางด้านร่างกาย, การจัดการการสนับสนุนทางด้านอารมณ์, การจัดหาบริการการสนับสนุนที่บ้าน และการจัดการ เกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแล

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดอื่นที่คล้ายกับแนวคิดของการเตรียมพร้อม คือ แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ Haley et al. (1987) ได้ระบุไว้ โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองมาจากทฤษฎีการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญปัญหา การรับรู้

ความสามารถของตนเองถูกกำหนดให้เป็นความเชื่อมั่นของญาติผู้ดูแลว่าพวกเขาจัดการปัญหาได้ดีเพียงใด เพื่อตรวจสอบว่าผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการปัญหาและการพึ่งพาผู้ที่ได้รับการดูแล ความมั่นใจในการดูแลกิจวัตรประจำวัน (ADL) การทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (IADL) และรายการตรวจสอบความจำและปัญหา

โดยสรุป การเตรียมความพร้อม (Preparedness) ในการศึกษาครั้งนี้ คือ การรับรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในการได้รับการเตรียมพร้อมด้านต่างๆ จากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งครอบคลุมด้านความต้องการดูแลทางร่างกาย ด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ด้านระบบบริการในการดูแลผู้ป่วย ด้านการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแล ด้านการจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉิน ด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล และด้านการดูแลโดยรวม

**องค์ประกอบของการเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก**  
จากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดการเตรียมความพร้อมของ Stewart and Archbold (1994) พบว่า การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมีองค์ประกอบ 8 ด้าน โดยแต่ละด้านมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย การที่ญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความบกพร่องด้านร่างกาย ด้านการรู้คิด การรับรู้ความรู้สึก การกลืน การเคลื่อนไหวร่างกาย การขับถ่าย ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อม มีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Lutz et al., 2017) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายได้ดี

2. การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ เป็นการได้รับการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยด้านการตอบสนองต่ออารมณ์ และพฤติกรรม ได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความบกพร่องในการควบคุมอารมณ์ มีภาวะซึมเศร้า (Towfighi et al., 2017) การเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในด้านการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของผู้ป่วย (Lutz et al., 2017) เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงและดูแลสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีจิตใจและอารมณ์ที่ดีขึ้น

3. การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการให้บริการสุขภาพ และจัดหาแหล่งในการดูแล การที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการจัดหาแหล่งประโยชน์ ทั้งภายใน และภายนอกครอบครัว เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะมีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนข้อมูล รวมไปถึงอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย (Lutz et al., 2017) ซึ่งการ

เตรียมความพร้อมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสามารถในบทบาทด้านการให้บริการสุขภาพ มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากมีอาการอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง หรืออ่อนแรงทั้งสองข้าง (Ferdous et al., 2022) มีการกลืนลำบาก (Banda et al., 2022) มีการสูญเสียการรับรู้ลึก (Hazelton et al., 2022) ในช่วงระยะเวลา 3-6 เดือนแรกเป็นระยะเวลาที่ตีที่สุดในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย (พรพิมล มาศสกุลพรรณ และคณะ, 2559) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ญาติจึงเป็นบุคคลสำคัญอย่างยิ่งที่มีส่วนร่วมในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้ป่วย รวมไปถึงการดูแลต่อเนื่องในด้านต่างๆ เช่นด้านการรักษา การทำกายภาพบำบัด การติดตามอาการตามนัด การดูแล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

4. การเตรียมความพร้อมในด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย (Archbold et al., 1990) โดยส่วนมากโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องเปลี่ยนบทบาทอย่างกระทันหัน (Liu et al., 2020) ทำให้มีความไม่มั่นใจในการดูแล เกิดความวิตกกังวล และในระยะยาวยังพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องดูแลผู้ป่วยโดยใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันมากถึง 14 ชั่วโมง (Jiru-Hillmann et al., 2022) ซึ่งทำให้เกิดความเครียดได้ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลในการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแล และมีการปรับตัวที่ดี และสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้

5. การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ เป็นการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อม เพื่อให้เรียนรู้และเข้าใจการดำเนินการของโรคและแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย เกิดความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้การเข้าใจต่าง ๆ เกิดมาจากการเตรียมความพร้อมที่ดีให้กับญาติผู้ดูแล

6. การเตรียมความพร้อมในด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน เป็นการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ให้สามารถที่จะควบคุมดูแล สังเกตอาการ และการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ รวมทั้งการตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินได้ เช่นการสำรองอาหาร หายใจลำบาก มีอาการอ่อนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยซึมลง เป็นต้น ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อม เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีการตัดสินใจในการดูแลเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินได้

7. การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล เป็นการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในการหาแหล่งช่วยเหลือ ในการดูแลการสนับสนุนทางด้านสังคม เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และด้านอารมณ์ จิตใจ โดยญาติผู้ดูแลสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้โดยตรงจากทีมสุขภาพ โรงพยาบาล หรือสถานบริการพยาบาลใกล้บ้าน (Lutz et al., 2017) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีการตัดสินใจในการดูแลได้อย่างถูกต้อง และเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย การได้รับข้อมูลและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

8. การเตรียมความพร้อมในด้านการดูแลผู้ป่วยโดยรวม เป็นการได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดในภาพรวมสำหรับญาติผู้ดูแล ซึ่งหมายรวมถึงการได้รับการเตรียมความพร้อมครบทุก ๆ ด้านตามที่ได้กล่าวมา

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะเฉียบพลันที่เกิดขึ้นอย่างไม่ทันตั้งตัว ทำให้ญาติต้องเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแล ทำให้บางคนมีความรู้สึกกลัวว่าไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมมาก่อน (Camicia et al., 2020; Lutz et al., 2017) ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนผ่านได้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งในด้านร่างกายที่เกิดจากระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันมากถึง 14 ชั่วโมง (Jiru-Hillmann et al., 2022) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่ทรุดโทรมลง โดยรู้สึกว่ามีกำลังในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 23.4 รู้สึกเหนื่อยร้อยละ 22.5 ไม่มีเวลาพักผ่อนร้อยละ 29.1 (Jiru-Hillmann et al., 2022) ซึ่งจะให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 40–60 (Mou et al., 2021) ผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล และคุณภาพชีวิต

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเตรียมเพื่อให้เกิดความพร้อมเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเมื่อญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสม จะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยและสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถเปลี่ยนผ่านบทบาทจากสมาชิกในครอบครัว เข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแลได้ และการเตรียมความพร้อมเป็นปัจจัยมีอิทธิพลต่อการลดความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแล ลดความรู้สึกเป็นภาระในญาติผู้ดูแล (Archbold et al., 1990; Scherbring, 2002) และพบว่า การรับรู้การเตรียมความพร้อมในระดับปานกลางของญาติผู้ดูแลช่วยฟื้นฟูสมรรถนะของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง อีกทั้งยังช่วยให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย ในด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมดีขึ้นอีกด้วย (Onu et al., 2021; Petrizzo et al., 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรม ของ Schumacher et al. (2007) พบว่ากลุ่มตัวอย่างของญาติผู้ดูแลมีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางร้อยละ 70 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของ Liu et al. (2020) ที่มีการรับรู้การเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ( $Mean = 14.42$ ,  $SD = 5.12$ ) และการเตรียมความพร้อมรายด้านเฉลี่ยเท่ากับ 1.8 ซึ่งมีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลางโดยมีการเตรียมความพร้อมในระดับน้อยทั้งหมดจำนวน 2 ด้าน ได้แก่ การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีคะแนนการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลาง 6 ด้าน ได้แก่ 1.) การเตรียมความพร้อมในด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ 2.) การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย 3.) การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ 4.) การเตรียมความพร้อมในการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล 5.) การเตรียมความพร้อมในด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล และ 6.) การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลการเตรียมความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ (Camicia et al., 2020; Lutz et al., 2017; Moon, 2017) พบว่าผู้ญาติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย บุญชูวงศ์ และคณะ (2560) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพร้อมก่อนจำหน่ายอยู่ในระดับปานกลาง ( $Mean = 21.5$ ,  $SD = 6.2$ ) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระดับคะแนนของการรับรู้การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง และมีความพร้อมก่อนจำหน่ายอยู่ในระดับปานกลาง จึงทำให้มีความน่าสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล

### ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory) ของ Meleis et al. (2000) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดครั้งแรก เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนผ่านที่ดีได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคลทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนผ่าน และบุคคลที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านมีแนวโน้มที่จะเสี่ยงต่อความเสี่ยงที่อาจส่งผลต่อสุขภาพมากขึ้น โดยมีปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านเป็นตัวส่งเสริม หรือ ขัดขวางการเปลี่ยนผ่านของบุคคลได้ การเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพหากได้รับการส่งเสริมจากปัจจัยเงื่อนไขที่ดีจะทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น และหากมีปัจจัยเงื่อนไขมาขัดขวางการเปลี่ยนผ่านอาจทำให้บุคคลเปลี่ยนผ่านได้ไม่ดีทำให้มีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น กระบวนการเปลี่ยนผ่านมี

ความสัมพันธ์กับประสบการณ์ ความเข้าใจของบุคคลที่แตกต่างกันและการตอบสนองในช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงอาจมีความแตกต่างกันออกไป

พยาบาลมีความสำคัญโดยมักจะเป็นผู้ดูแลหลักสำหรับบุคคลและครอบครัวที่กำลังอยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้บุคคลและครอบครัวสามารถเปลี่ยนผ่านได้ โดยพยาบาลจะต้องประเมินการเตรียมความพร้อมและเตรียมความพร้อมให้กับบุคคลสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นและเป็นผู้อำนวยความสะดวกในกระบวนการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและประสบการณ์การเจ็บป่วยของบุคคล

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ เมลลิส (Meleis et al., 2000) ให้ความหมายการเปลี่ยนผ่านว่าเป็นกระบวนการเคลื่อน การผ่าน จากจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่ง ไปสู่อีกจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งของชีวิต และการเปลี่ยนผ่านเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งต่ออัตลักษณ์ของตนเอง (Identities) บทบาท (Role) สัมพันธภาพ (Relationships) ความสามารถ (Abilities) และแบบแผนพฤติกรรม (Patterns of behavior) (Schumacher & Meleis, 1994) ซึ่งจากการศึกษาวิจัยและพัฒนาทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2000) มาสู่กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านที่ใช้ในปัจจุบัน โดยแบ่งออกเป็น 4 มโนทัศน์ ได้แก่ 1) มโนทัศน์ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (Nature of transition) 2) มโนทัศน์เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition conditions) 3) มโนทัศน์ รูปแบบการตอบสนอง (Pattern of response) 4) มโนทัศน์การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. มโนทัศน์ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (Nature of transition) แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบได้แก่

#### 1.1 ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน

1.1.1 การเปลี่ยนผ่านตามพัฒนาการ (Developmental Transitions) เป็นการเปลี่ยนผ่านเกิดขึ้นตามช่วงเวลาของพัฒนาการ เช่นการเปลี่ยนแปลงของหญิงตั้งครรภ์ การเป็นมารดา การหมดประจำเดือน เป็นต้น (Meleis et al., 2000)

1.1.2 การเปลี่ยนผ่านตามสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health-Illness Transitions) จากบุคคลที่มีสุขภาพดีมาสู่ภาวะเจ็บป่วย เช่น การเปลี่ยนผ่านจากบุคคลธรรมดามาเป็นบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย การติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

1.1.3 การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational Transitions) เป็นการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์รอบตัวบุคคล Schumacher and Meleis (1994) อธิบายไว้ว่า ความหลากหลายของบทบาททางการศึกษาและทางหน้าที่การงานเป็นการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ที่ได้รับความสนใจ

ตัวอย่าง เช่น การเปลี่ยนผ่านจากนักปฏิบัติทางคลินิกมาเป็นผู้บริหาร การเกษียณอายุงาน การเปลี่ยนผ่านในการอพยพย้ายถิ่นฐาน เป็นต้น

1.1.4 การเปลี่ยนผ่านตามระบบองค์กร (Organization transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านตามการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางด้าน เศรษฐกิจ การเมือง หรือเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในองค์กร เป็นต้น การเปลี่ยนผ่านนี้จะมีผลกระทบต่อบุคคลที่ทำงานภายในองค์กรรวมทั้งผู้รับบริการ

1.2 รูปแบบของการเปลี่ยนผ่าน (Patterns of transitions) ในการศึกษาครั้งนี้ญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนผ่านหลากหลายที่เกิดขึ้นพร้อมๆกัน (Multiple or sequential or simultaneous transitions) เนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องมีการเตรียมความพร้อมสำหรับการปรับเปลี่ยนเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อน หลายหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

1.3 คุณสมบัติของประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน (Properties of transition experience) ประกอบด้วย

1.3.1 ความตระหนักรู้ (Awareness) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับ ความรู้ และการรับรู้ประสบการณ์ ระดับของความตระหนักรู้มักจะสะท้อนออกมาโดยสอดคล้องระหว่างกระบวนการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองที่คาดหวังและการรับรู้ของบุคคลที่รับรู้ได้เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงบุคคลที่จะเปลี่ยนผ่านได้ดี ควรมีการตระหนักรู้ที่ดี

1.3.2 การเกี่ยวเข้าไปข้องกับการเปลี่ยนผ่าน (Engagement) เป็นระดับของการมีส่วนร่วมในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีความตระหนักรู้ด้วย

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงและความแตกต่าง (Change and difference) เป็นคุณสมบัติของการเปลี่ยนผ่าน การเปลี่ยนผ่านทุกชนิดเกี่ยวข้องข้องกับการเปลี่ยนแปลง แต่ไม่ใช่ว่าการเปลี่ยนแปลงทุกชนิดจะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่าน

1.3.4 ระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่าน (Time span) คุณลักษณะของการเปลี่ยนผ่านคือ ระยะเวลาที่จุดจบที่ปรากฏ จุดสิ้นสุดที่สามารถระบุได้ซึ่งขยายจากสัญญาณแรกของการคาดหวัง การรับรู้ หรือการเปลี่ยนแปลงผ่านช่วงหนึ่ง ความไม่มั่นคง ความสับสน และความทุกข์ใจถึงในที่สุด "การสิ้นสุด" ด้วยการเริ่มต้นใหม่หรือช่วงเวลาแห่งความมั่นคง จากนั้น บุคคลจะเกิดความพร้อมกับการเริ่มสิ่งใหม่หรือเข้าสู่ระยะเวลาที่มั่นคงของชีวิต สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทั้งหมดมีลักษณะ โดยไหลและเคลื่อนไหวไปตามกาลเวลา

1.3.5 จุดวิกฤตและเหตุการณ์ของการเปลี่ยนผ่าน (Critical points and events) การเปลี่ยนบางอย่างเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่โดดเด่น เช่น การเกิด ความตาย การผ่าตัด การหมด

ประจำเดือน หรือการวินิจฉัยโรค เป็นต้น การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วมในการจัดการกับประสบการณ์การเปลี่ยนแปลง แต่ละการศึกษา มีระยะเวลาของความไม่แน่นอนที่มีความไม่เท่ากัน ทุกจุดวิกฤตและเหตุการณ์นั้นมีความต้องการความสนใจของพยาบาล ความรู้และประสบการณ์ในหนทางที่แตกต่างกัน

2. มโนทัศน์เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition conditions) ประกอบด้วยเงื่อนไขด้านบุคคล ชุมชน และสังคม ทั้งที่ส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านดำเนินไปด้วยดี หรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านไม่ให้ประสบความสำเร็จ

2.1 เงื่อนไขด้านบุคคล (Personal) เป็นปัจจัยเฉพาะของบุคคลต่อประสิทธิภาพการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่

2.1.1 การให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Meanings) เป็นการประเมินตัดสินการเปลี่ยนผ่านว่า มีผลทางบวกหรือทางลบ หรือผลกลางๆ ต่อชีวิตตน ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเร็วในการ เปลี่ยนผ่าน อาจมีส่วนเอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่าน

2.1.2 วัฒนธรรม ความเชื่อ และทัศนคติที่มีต่อการเปลี่ยนผ่านนั้น (Cultural beliefs and attitudes) จะมีความแตกต่างกันตามบริบทของสังคม ความเชื่อวัฒนธรรมรวมถึงทัศนคติของแต่ละบุคคลซึ่งอาจสนับสนุน หรือยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น เช่น คนไทยเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นการแสดงความกตัญญูต่อบิดามารดา ที่บุตรพึงกระทำ

2.1.3 สถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ (Socioeconomic status) อาจสนับสนุนหรือยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่าน โดยบุคคลที่มีสถานะทางเศรษฐกิจที่ดี มีสังคมสนับสนุน ย่อมส่งผลให้บุคคลสามารถผ่านกระบวนการเปลี่ยนผ่านได้ง่ายกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการสนับสนุน โดยในการศึกษารุ่นนี้ได้มีการประเมินการรับรู้ความเพียงพอของรายได้ญาติผู้ดูแล เพื่อประเมินปัจจัยด้านสถานภาพเศรษฐกิจว่ามีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่านมากน้อยเพียงใด

2.1.4 การเตรียมความพร้อมและความรู้ (Preparation and knowledge) คือการมีความรู้และมีการเตรียมตัวจัดการกับเหตุการณ์ ตามสถานการณ์ ช่วยให้มีการเปลี่ยนผ่านที่ดี เมื่อบุคคลมีความรู้และการเตรียมความพร้อมที่ดี ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความสอดคล้องกับบริบท หรือเหตุการณ์ที่กำลังประสบอยู่ บุคคลนั้นสามารถผ่านกระบวนการเปลี่ยนผ่านไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Meleis et al., 2000)

2.2 เงื่อนไขด้านชุมชน (Community) ช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว การเอื้อต่อประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากแหล่งที่เชื่อถือได้ และการได้รับคำแนะนำจากแหล่งที่ไว้วางใจและมีรูปแบบที่ดี อุปสรรคต่อประสบการณ์การ

เปลี่ยนผ่านประกอบด้วยการได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอ การได้รับคำแนะนำในทางลบหรือการเผชิญกับสิ่งลบจากบุคคลอื่น (Meleis et al., 2000)

2.3 เงื่อนไขด้านสังคม (Society) เป็นลักษณะของสังคมนั้นซึ่งมีผลในการช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่าน สังคมเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่สามารถเอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเมื่อกลุ่มบุคคลกลุ่มนี้ประสบต่อการเปลี่ยนผ่านสังคมจะมีผลทำให้การเปลี่ยนผ่านไม่ราบรื่นสังคม (Meleis et al., 2000)

3. โมโนทัศน์รูปแบบการตอบสนอง (Pattern of response) ประกอบด้วย ตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ และตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์ ดังนี้

3.1 ตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ (Process indicators) เป็นตัวบ่งชี้ที่ชี้ว่าการเปลี่ยนผ่านของบุคคล ตามแนวคิดของ Meleis et al. (2000) ได้แก่

3.1.1 การมีความรู้สึกเชื่อมโยง หรือเกี่ยวข้องสัมพันธ์เกิดขึ้น (Feeling connected) เช่น การมีความรู้สึกเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับวิชาชีพทางการดูแลสุขภาพ เป็นผู้ที่ให้คำตอบที่ทำให้บุคคลนั้นสบายใจ และมีความรู้สึกว่าเขาสามารถดูแลตนเองได้ จะเป็นดัชนีหนึ่งที่ทำให้ประสบความสำเร็จกับการเปลี่ยนผ่านใน

3.1.2 การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (Interacting) ตลอดการมีปฏิสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนผ่าน การให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่านและพฤติกรรมจะพัฒนาการตอบสนองต่อการเปลี่ยนผ่านให้ชัดเจน และรับทราบ

3.1.3 สถานที่และการอยู่กับสถานการณ์ (Location and being situated) สถานที่ เป็นสิ่งสำคัญต่อประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน

3.1.4 การพัฒนาความเชื่อมั่นและการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น (Developing confidence and coping) เป็นการที่บ่งชี้ได้ว่าบุคคลที่กำลังประสบการเปลี่ยนผ่านมีระดับความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้น มีการแสดงออกมาในระดับของความเข้าใจในกระบวนการที่แตกต่างกัน

3.2 ตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์ (Outcome indicators) เป็นการประเมินผลของกระบวนการว่าบุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านได้หรือไม่ จะประกอบด้วย

3.2.1 การมีความสามารถ (Mastery) การเปลี่ยนผ่านที่ประสบความสำเร็จบุคคลจะมีความสามารถทั้งในด้านทักษะ และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นในการจัดการกับสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ได้

3.2.2 ลักษณะที่เปลี่ยนแปลงและไม่อยู่นิ่ง (Fluid integrative identities) ประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านมีคุณลักษณะหนึ่ง คือ เป็นผลมาจากการได้หลอมรวม ลักษณะของตนเองอีกครั้งซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่นิ่ง เปลี่ยนแปลงได้

4. มโนทัศน์การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics) ตามแนวคิดของ Schumacher and Meleis (1994) การบำบัดทางการพยาบาล คือ วิธีการต่าง ๆ ที่พยาบาลจะสามารถจัดการช่วยเหลือเพื่อให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์ และง่ายขึ้น ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ (Promotive) การป้องกัน (Preventive) การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งจากโรคและการรักษา รวมถึงการให้ความช่วยเหลือ (Interventive) เช่น การให้ความรู้ การจัดโปรแกรม การจัดสิ่งแวดล้อม และการใช้บทบาทเสริม (Role supplementation) (บุญมี ภูด่านจัว, 2556) โดยบทบาทของพยาบาลเริ่มตั้งแต่

4.1 การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ (Assessment of readiness) ในการประเมินความพร้อมของบุคคลนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจในตัวของผู้รับบริการ Schumacher and Meleis (1994) ทั้งนี้เพราะผู้รับบริการแต่ละรายจะมีความแตกต่างกัน ได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกายจิตใจ สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ เศรษฐฐานะ ภูมิหลัง และบริบท ดังนั้น การประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน จึงเป็นหน้าที่ของ พยาบาลที่จะช่วยให้การพยาบาลเหมาะสมที่จะทำให้อุคนั้นดำเนินการเปลี่ยนผ่านไปได้ด้วยดี

4.2 การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ (Preparation for transition) Schumacher and Meleis (1994) อธิบายว่า การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ สถานะใหม่นั้น จะต้องประกอบด้วย 2 ส่วนคือ การศึกษา (Education) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการสร้างภาวะการที่ดีที่สุดในการเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่าน การเตรียมที่ดีจำเป็นต้องมีเวลา การเตรียมที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้มองเห็นความรับผิดชอบใหม่ และมีทักษะในการปฏิบัติต่อสภาวะการณ์นั้น และสิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นส่วนที่สามารถถูกสร้างขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้รับบริการ สำหรับการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น

4.3 การใช้บทบาทเสริม (Role supplementation) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างจงใจเมื่อบุคคลที่ทำหน้าที่ในเรื่องนั้นมองว่าการแสดงบทบาทได้ไม่เต็มที่ หรือไม่เต็ม ความสามารถ ซึ่งการใช้บทบาทเสริม ประกอบด้วย ความชัดเจนของบทบาท (Role clarification) และการแสดงบทบาท (Role taking) (Meleis et al., 2000)

#### การเปลี่ยนผ่านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

การเปลี่ยนผ่านบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก เป็นการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational Transitions) ตามแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ เมลิสและคณะ (Meleis et al., 2000) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงจากการเป็นสมาชิกในครอบครัวมารับบทบาทญาติผู้ดูแล โดยจะเริ่มบทบาทตั้งแต่เมื่อมีการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ได้รับการรักษาอยู่ใน

โรงพยาบาล การเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน และมีบทบาทอย่างเต็มที่เมื่อกลับบ้าน ซึ่งในการเปลี่ยนผ่านครั้งนี้เป็นรูปแบบการเปลี่ยนผ่านหลายๆ ชนิดขึ้นเกิดขึ้นพร้อมกันในญาติผู้ดูแล อาจเกิดขึ้นชนิดหนึ่งแล้วเปลี่ยนผ่านต่อเนื่องเป็นลำดับ (Multiple or sequential or simultaneous transitions) จากการที่โรคหลอดเลือดสมองมีความซับซ้อนในการดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องเปลี่ยนผ่านบทบาทการดูแลตั้งแต่เริ่มมีอาการที่ต้องประเมินอาการที่เกิดขึ้น เข้าใจการเปลี่ยนไปของอาการที่พัฒนาเพิ่มมากขึ้นและปรับเปลี่ยนการดูแลให้เหมาะสม ครอบคลุมทั้งด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านจิตใจ จนกระทั่งอาการดีขึ้นและผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ ซึ่งต้องให้การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย การเปลี่ยนผ่านแบบนี้จะสามารถผ่านไปได้ โดยอาศัยคุณสมบัติของประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน (Properties of transition experience) ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องตระหนักรู้ (Awareness) และยอมรับในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล รวมทั้งเข้าไปเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Engagement) เรียนรู้ที่จะปรับตัวต่อบทบาทและสถานการณ์ใหม่ที่แตกต่างไปจากบทบาทเดิมที่เป็นเพียงสมาชิกในครอบครัว (Change and difference) ทั้งนี้การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นจะดำเนินไปเรื่อย ๆ ตั้งแต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีอาการเกิดขึ้น เปลี่ยนเป็นอาการเฉียบพลัน และอาการคงที่จนจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งในขณะที่เปลี่ยนอาจมีจุดวิกฤตและเหตุการณ์ของการเปลี่ยนผ่าน (Critical points and events) ที่ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกต้องเปลี่ยนบทบาทอย่างกระทันหัน เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ ญาติผู้ดูแลอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนตลอดเวลาในการเกิดการเปลี่ยนผ่านของบทบาท ซึ่งหากญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนสูง จะทำให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแลได้น้อยลง

การเปลี่ยนผ่านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกจะเป็นไปได้ด้วยดี หรือถูกยับยั้งทำให้การเปลี่ยนผ่านไม่สำเร็จ โดยมีเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านเป็นปัจจัยภายในตัวญาติผู้ดูแล ได้แก่ ความยืดหยุ่นในชีวิต ประสบการณ์ และระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านชุมชนและสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความยืดหยุ่นในชีวิต ประสบการณ์ ระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์และหรือมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล

ในด้านตัวบ่งชี้กระบวนการ (Process indicators) ในทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านที่บ่งบอกถึงการตอบสนองของญาติผู้ดูแลว่าเกิดการรับรู้การเตรียมความพร้อมได้มากน้อยเพียงใด สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกจะต้องมีการพัฒนาความเชื่อมั่นและการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ (Developing confidence and coping) เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านบทบาทเป็นไปได้อย่าง

เหมาะสม หากญาติผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้จะเกิดความรู้สึกวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการเตรียมความพร้อมลดลง ซึ่งมีผลให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการเปลี่ยนผ่านได้ลดลง

นอกจากนี้ การบำบัดทางการพยาบาล เป็นวิธีการที่พยาบาลจะช่วยให้บุคคลเปลี่ยนผ่านได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น ในงานวิจัยครั้งนี้ คือ การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลโดย บุคคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้ การประเมินการรับรู้ของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ มากน้อยเพียงใดจึงมีความสำคัญ เป็นส่วนช่วยให้สะท้อนให้พยาบาลได้เข้าใจ ทราบข้อมูลการได้รับการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกว่าด้านใดที่ยังได้รับน้อย และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลที่เหมาะสมครอบคลุม เพื่อช่วยเหลือและส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนผ่านได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น

กล่าวโดยสรุป จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านกับญาติผู้ดูแลในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จะพบว่า ในขณะที่เปลี่ยนผ่าน ญาติผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนที่อาจจะเกิดขึ้นตลอดเวลาในจุดวิกฤตและเหตุการณ์ของการเปลี่ยนผ่าน (Critical points and events) มีเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมและยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่านในด้านบุคคลประกอบด้วยตัวแปรความยืดหยุ่นในชีวิต ประสบการณ์ และระดับการศึกษา และมีปัจจัยด้านชุมชนประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งในการพัฒนาการเปลี่ยนผ่านจนเกิดความเชื่อมั่นและสามารถจัดการการเปลี่ยนผ่านได้สำเร็จจะมีประกอบตัวแปรความวิตกกังวลเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีผลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก และคาดว่าจะทำนายความการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

### **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดครั้งแรก**

การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านเป็นกรอบแนวคิด ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดครั้งแรก พบว่า มีปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดครั้งแรก ซึ่งนำไปสู่ความสามารถในการเปลี่ยนผ่านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

## 1. คุณสมบัติของประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน

**1.1 ความรู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty)** เป็นการรับรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกที่ไม่สามารถให้ความหมายของความเจ็บป่วยที่สัมพันธ์ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยได้ และไม่สามารถจำแนกความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ ทำให้ยากต่อการประเมินสถานการณ์นั้น ๆ ว่าเป็นอันตรายหรือมีความรุนแรงหรือไม่ ความไม่แน่นอนและความคลุมเครือ ของเหตุการณ์จึงเป็นภาวะที่คุกคามต่อบุคคล ที่อาจจะเกิดขึ้นตลอดเวลาในจุดวิกฤตและเหตุการณ์ของการเปลี่ยนผ่าน (Critical points and events) ซึ่งลักษณะของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้มี 4 ลักษณะด้วยกันดังนี้ (Mishel, 1983)

1.1.1 ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Ambiguity) หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถเข้าใจสภาพความเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน ซึ่งอาจเนื่องมาจากขาดประสบการณ์เกิดความสงสัยไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร การขาดความรู้ความเข้าใจของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเพิ่มขึ้น

1.1.2 ความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ (Complexity) หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าขั้นตอนการรักษามีความซับซ้อน วิธีการรักษาค่อนข้างยุ่งยากมีการใช้อุปกรณ์พิเศษในการรักษา และระเบียบขั้นตอนในการเข้ารับการรักษาของสถานบริการสุขภาพ ญาติผู้ดูแลไม่คุ้นเคย เกิดความกลัวไม่กล้า ไม่แน่ใจว่าวิธีการและขั้นตอนที่ซับซ้อนนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยหายได้ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

1.1.3 การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของสภาวะความเจ็บป่วย (Lack of Information) หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ๆ หรือบางครั้งข้อมูลที่ได้รับมีน้อย ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่สามารถประเมินสภาวะความเจ็บป่วยที่แน่นอนได้ เกิดความวิตกกังวลไม่สามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสม จึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การที่ญาติผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่แน่นอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ว่าเป็นสิ่งที่ควบคุมได้หรือเป็นโอกาส ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะลดลง แต่ถ้าญาติผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอรวมทั้งข้อมูลมีจำนวนน้อย จะทำให้ญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ไปในทางเลวร้าย ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

1.1.4 การไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค (Unpredictability) หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถทำนายระยะเวลาในการเจ็บป่วย ผลของการเจ็บป่วย และการพยากรณ์โรคของการเจ็บป่วยได้ ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องจากความคลุมเครือ ความซับซ้อนและความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ ทำให้ญาติผู้ดูแล

ประเมินสถานการณ์ที่แน่นอนไม่ได้ จึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สภาพการณ์เช่นนี้จะพบบ่อยในผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการในทางที่ดีขึ้นหรือเลวลง ทำให้ญาติผู้ดูแลทำนายผลของโรคและการรักษาไม่ได้ ญาติผู้ดูแลจึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเปลี่ยนผ่านเป็นช่วงเวลาที่เปราะบางสำหรับญาติผู้ดูแลเนื่องจากต้องเรียนรู้ที่จะเผชิญกับความท้าทายใหม่ๆ ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับวิธีการให้การดูแลหรือขาดการสนับสนุนหรือข้อมูล อาจเพิ่มความเครียดให้กับผู้ดูแลได้ (Kuzmik et al., 2021) ซึ่งมีผลทำให้การเปลี่ยนผ่านบทบาทไม่สำเร็จได้

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Liu et al. (2020) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 306 คน พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนมีอิทธิพลทำให้การเตรียมความพร้อมลดลง ( $\beta = -0.32, p < .001$ ) โดยความรู้สึกไม่แน่นอนมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 75.62 คะแนน ( $SD = 10.37, \text{Range} = 36 - 118$ ) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Byun et al. (2016) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 40 คน พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงมีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมอย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งในวัฒนธรรม บริบทการดูแล สัมพันธภาพ แนวทางในการดูแลรักษาที่แตกต่างกันอาจจะมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเตรียมความพร้อมที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้สึกไม่แน่นอนมาเป็นตัวแปรในการทำนายการรับรู้การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

## 2. มโนทัศน์เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านด้านบุคคล

2.1 ความยืดหยุ่นในชีวิต (Resilience) Wagnild and Young (1993) ให้ความหมายของความยืดหยุ่น หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการจัดการและการปรับตัวที่ดีเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความยากลำบากในชีวิตเพื่อลดผลกระทบจากสถานการณ์ความยากลำบากนั้น ๆ นอกจากนี้ยังมี Jacelon (1997) ได้ให้ความหมายความยืดหยุ่น หมายถึง การฟื้นฟูสภาพ ความสามารถอดทนอดกลั้นหรือฟื้นตัวจากสภาวะการณ์ที่อยากลำบากโดยแตกต่างจากเดิมคือ มีความอดทนเพิ่มมาอีกด้วย และต่อมา Connor and Davidson (2003) ให้ความหมายความยืดหยุ่น หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับความทุกข์ยาก และพัฒนาเครื่องมือในการประเมินความยืดหยุ่นในชีวิต (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC)

โดยสรุป ความยืดหยุ่นในชีวิตเป็นการรับรู้ของญาติผู้ดูแลที่ไม่สามารถสรุปหรือประเมินผลความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เกิดจากความคลุมเครือหรือไม่คงที่ของโรค ความซับซ้อนของ

การรักษาและระบบบริการ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก หากญาติผู้ดูแลมีความยืดหยุ่นที่ดีทำให้การเปลี่ยนผ่านประสบความสำเร็จ

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Gutierrez-Baena and Romero-Grimaldi (2022) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 172 คน ในประเทศสเปน พบว่า ความยืดหยุ่นในชีวิตมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ( $\beta = .46, p < .001$ ) โดยความยืดหยุ่นในชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.95 คะแนน ( $SD = 7.6, Range = 3-40$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dionne-Odom et al. (2021) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 112 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความยืดหยุ่นในชีวิตมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ( $\beta = .46, p < .001$ ) และสอดคล้องกับวิจัยเชิงคุณภาพของ Sihvola et al. (2022) ในการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่พบว่าความยืดหยุ่นในชีวิตนำไปสู่การเตรียมความพร้อมที่มากขึ้น จากการศึกษาในประเทศไทยยังไม่พบมีการศึกษาปัจจัยยืดหยุ่นในชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาอำนาจการทำนายของยืดหยุ่นในชีวิตมาเป็นตัวแปรในการทำนายการรับรู้การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

**2.2 ประสพการณ์** หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่เคยผ่านการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ติดเตียงมาก่อนหน้านี้ แบ่งเป็นไม่เคยมีประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน และมีประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน

จากการทบทวนวรรณกรรมของศึกษาของ Liu et al. (2020) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 306 คน ในประเทศจีน พบว่า ประสพการณ์ของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ( $\beta = 0.19, p < .001$ ) และร้อยละ 82.4 ไม่มีประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Gutierrez-Baena and Romero-Grimaldi (2022) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 172 คน ในประเทศสเปน กลุ่มตัวอย่างดูแลผู้ป่วยมาแล้ว 0-2 ปี ร้อยละ 20 ดูแลมาแล้ว 3-5 ปี ร้อยละ 35 ดูแลมาแล้ว 6-10 ปี ร้อยละ 19 และดูแลผู้ป่วยมานานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 25 ผลการศึกษาพบว่า ประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อความยืดหยุ่นในชีวิตและนำไปสู่การรับรู้การเตรียมความพร้อมที่ดี หากญาติผู้ดูแลเคยมีประสพการณ์ในการดูแลมาก่อนก็จะช่วยให้มีการรับรู้การ

เตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลได้ดีซึ่งส่งเสริมให้สามารถเปลี่ยนผ่านได้ดี แต่หากญาติผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อนอาจทำให้ญาติผู้ดูแลมีการเตรียมความพร้อมที่ไม่ดี ทำให้เป็นอุปสรรค และขัดขวางการเปลี่ยนผ่านได้

**2.3 ระดับการศึกษา** เป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาทางด้านสติปัญญาและมีความสามารถในการเรียนรู้และปรับตัวในการเผชิญปัญหา จากการทบทวนวรรณกรรมของศึกษาของ Liu et al. (2020) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 306 คน ในประเทศจีน กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการศึกษาระดับประถมหรือต่ำกว่าร้อยละ 24.2 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 37.3 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 19 เฉพาะทางร้อยละ 12 และระดับมหาวิทยาลัยขึ้นไป ร้อยละ 6.5 ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ( $\beta = 0.41, p < .001$ ) และการศึกษาในวัยยังพบว่า ยังแสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Han et al. (2019) ที่พบว่าความเข้าใจอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจที่มีคะแนนต่ำมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาที่ต่ำ อย่างไรก็ตามยังพบว่า ผลของการศึกษายังมีความขัดแย้งกันอยู่ จากการทบทวนวรรณกรรมของ Gutierrez-Baena and Romero-Grimaldi (2022) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 172 คน ในประเทศสเปน โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 10 ระดับการศึกษาระดับชั้นประถมร้อยละ 33 ระดับมัธยมร้อยละ 38 และระดับมหาวิทยาลัยขึ้นไปร้อยละ 19 ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ไม่ได้สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ( $p = .459$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shyu et al. (2008) ซึ่งรายงานว่าระดับการศึกษาไม่ใช่ปัจจัยในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล อาจเป็นเพราะว่า การดูแลต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และความสามารถที่ไม่ได้สอนในบริบทการศึกษาที่เป็นทางการ

### 3. มโนทัศน์เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านด้านชุมชน

**3.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)** เป็นการศึกษาที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกได้รับการสนับสนุน โดยมีการสื่อสารกับบุคคลอื่น กลุ่มชุมชน ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทำให้เกิดการยอมรับ การช่วยเหลือ ความพึงพอใจ (House, 1981) การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยมีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลและด้านทรัพยากร หากได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอจะทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้การเตรียมความพร้อมได้มากขึ้น

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความ

ช่วยเหลือ การสนับสนุนที่ได้จากบุคคลใกล้ชิดประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การสนับสนุนยกย่อง การให้ความรักความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ
2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง และเรียนรู้ตัวเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ
3. การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ของ Hebdon et al. (2022) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 166 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล ( $\beta = .27, p < .001$ ) และการศึกษาของเพ็ญวิสาข์ วุฒิมากร (2555) ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจำนวน 126 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกในระดับสูงกับความพร้อมการดูแลผู้ป่วย ( $\beta = .43, p < .001$ ) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ฉิมชาธิย์ พิริยจรัสชัย และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2561) ที่ศึกษาในผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงรายใหม่ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ( $r = .08, p > .05$ )

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง แต่ยังไม่มีการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ในการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังพบการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อความพร้อมของญาติผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ แต่ก็ยังพบว่ามีผลการศึกษาที่แตกต่างกันอยู่ และยังไม่มีการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ซึ่งเป็นปัจจัยเงื่อนไขด้านชุมชนที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าน ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาอำนาจการทำนายของการสนับสนุนทางสังคมมาเป็นตัวแปรในการทำนายการรับรู้การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก การเตรียมความพร้อมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแล ได้อย่างมีประสิทธิภาพการเตรียมความพร้อมลดความเครียดในการดูแล (เพ็ญวิสาข์ วุฒิมากร, 2555) ลดความรู้สึกเป็นภาระ

(Gutierrez-Baena & Romero-Grimaldi, 2022) และช่วยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต (Onu et al., 2021; Petrizzo et al., 2022)

#### 4. มโนทัศน์รูปแบบการตอบสนอง

**4.1 ความวิตกกังวลของผู้ดูแล (Anxiety)** เป็นอารมณ์ที่แสดงลักษณะความรู้สึกตึงเครียด เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหา โดยความรู้สึกตึงเครียดความคิดกังวล อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายร่วมด้วย เช่นชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง โดย Spielberger et al. (1970) ได้แบ่งความวิตกกังวลไว้เป็น 2 ชนิด ได้แก่ 1) ความวิตกกังวลขณะเผชิญหรือความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State Anxiety) คือ ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในเวลาที่มีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งเกิดขึ้น เป็นลักษณะที่เกิดขึ้น ชั่วคราวเฉพาะในสถานการณ์นั้น ๆ คือความไม่สบายหวั่นวิตกกังวลกระวนกระวาย มีการ แสดงออกชัดเจนระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดไปจากเดิม ความรุนแรงและ ระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล และส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานนิสัยวิตกกังวลที่ประกอบ อยู่ในบุคลิกภาพและประสบการณ์ในอดีต (Skapinakis, 2014) และ 2) ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) เป็นความวิตกกังวล ซึ่งเป็นลักษณะคงที่ ประจำตัวของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ประสบการณ์ในอดีต และความคิดความต้องการหรือความรู้สึกในปัจจุบัน

โดยสรุป ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) เป็นความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ซึ่งเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ลักษณะเป็นการเกิดขึ้นที่ชั่วคราวเฉพาะในสถานการณ์นั้น ๆ คือความไม่สบายหวั่นวิตกกังวลกระวนกระวาย สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จะเกิดการพัฒนาความเชื่อมั่นและการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น (Developing confidence and coping) ซึ่งเป็นตัวแปรที่สำคัญในการบ่งชี้ได้ว่าบุคคลที่กำลังประสบการเปลี่ยนแปลงผ่านมีระดับความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้น มีการแสดงออกมาในระดับของความเข้าใจในกระบวนการที่แตกต่างกัน หากญาติผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้จะเกิดความรู้สึกวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาของ Hebdon et al. (2022) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 166 คน พบว่า การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลมีอิทธิพลทางลบกับความวิตกกังวล ( $\beta = -.23, p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ (อรทัย บุญชูวงศ์ และคณะ, 2560) ที่ศึกษาความวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 108 คน พบว่าความวิตกกังวลมีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ( $\beta = -.43, p < .05$ ) อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาของ Gutierrez-Baena and Romero-Grimaldi

(2022) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 172 คน ในประเทศสเปน พบว่าความวิตกกังวลไม่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ( $r = .05, p < .001$ ) โดยความวิตกกังวลขณะเผชิญมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 51.71 คะแนน ( $SD = 9.4, Range = 31-79$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Petruzzo et al. (2019) ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจวาย (Heart failure) จำนวน 366 คน และการศึกษาของ Winterling et al. (2022) ที่ได้ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดแดง จำนวน 86 คน พบว่าการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลและความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กัน

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าผลการศึกษเกี่ยวกับปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายความวิตกกังวลที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาอำนาจการทำนายของความวิตกกังวลมาเป็นตัวแปรในการทำนายการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ซึ่งความวิตกกังวลสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จะเกิดการพัฒนาความเชื่อมั่นและการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น (Developing confidence and coping) ซึ่งเป็นตัวแปรที่สำคัญในการบ่งชี้ได้ว่าบุคคลกำลังมีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หากญาติผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้จะเกิดความรู้สึกวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการศึกษาว่าความวิตกกังวลมีผลต่อการปรับตัวต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลเป็นไปในทิศทางใด ผู้วิจัยจึงได้ตัดสินใจเพื่อศึกษาตัวแปรนี้ เพื่อนำไปสู่การนำผลการวิจัยไปวางแผนการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ ยังพบว่าการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลยังมีคะแนนอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง และพบว่าผลการศึกษปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมมีความแตกต่างกันอยู่ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาปัจจัยความรู้สึกไม่แน่นอนและความยึดหยุ่นในชีวิต พบว่ามีการศึกษาปัจจัยเชิงความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในต่างประเทศ แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยความรู้สึกไม่แน่นอน และความยึดหยุ่นในชีวิตในการทำนายการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในประเทศไทย ซึ่งมีบริบท วัฒนธรรม ความเชื่อในการดูแลบุคคลในครอบครัวและลักษณะของครอบครัวที่แตกต่างจากต่างประเทศ โดยประเทศไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และมีความเชื่อว่าการตอบแทนบุญคุณบุพการี หรือผู้ที่มีบุญคุณ เป็นการแสดงความกตัญญูต่อบิดา มารดา และภรรยา มีบทบาทในการดูแลครอบครัว ดูแลสามี เป็นเรื่องปกติในสังคมที่ดูแลซึ่งกันและกัน เป็นต้น และพบว่า ปัจจัยความวิตกกังวล และการ

สนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีผลการศึกษาที่ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยทำนายการสนับสนุนทางสังคมต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง แต่ยังไม่มีการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล

การให้การพยาบาลสำหรับการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมตัวสำหรับการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การดูแลตนเองไม่ให้เกิดความเครียดและเกิดความพึงพอใจในการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วย การเตรียมรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน การให้ความรู้ การเตรียมความพร้อม เพื่อให้ญาติผู้ป่วยเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแลได้ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนั้น การศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้ง ตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของสมาชิกในครอบครัวสู่บทบาทญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นการเปลี่ยนบทบาทตามสถานการณ์ โดยมีจุดวิกฤตและเหตุการณ์ของการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ ตัวแปรความรู้สึกไม่แน่นอน มีเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมและยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ด้านบุคคล ประกอบด้วย ตัวแปร ความยืดหยุ่นในชีวิต ประสบการณ์ และระดับการศึกษา และปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และตัวบ่งชี้กระบวนการในส่วนบุคคลพัฒนาความเชื่อมั่นและการจัดการ ได้แก่ ความวิตกกังวล จึงมีความจำเป็น เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมสำหรับการญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกต่อไป

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอน ประสบการณ์ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### สถานที่ในการวิจัย

สถานที่ในการศึกษา การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในแผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยอายุรกรรมของ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โรงพยาบาลพ่นสนิคม และ โรงพยาบาลบ้านบึง และเก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ โรงพยาบาลบางละมุง เนื่องจากประเด็นปัญหาของโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นปัญหาอยู่มากในจังหวัดชลบุรี โดยที่ทั้ง 4 โรงพยาบาลที่เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปในทิศทางเดียวกัน มีระบบดูแลที่ครอบคลุม มีการรักษาด้วยยา rt-PA และมีลักษณะเฉพาะบุคคลของญาติผู้ดูแลที่ไม่แตกต่างกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีรายละเอียดการให้บริการดังต่อไปนี้

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เป็น โรงพยาบาลตติยภูมิ ขนาด 500 เตียง ให้บริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน วินิจฉัยด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT-scan) และมีการรักษาด้วยยา rt-PA โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA จะถูกรับไว้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จนครบ 24 ชั่วโมง เมื่อมีอาการคงที่จะย้ายมารับการดูแลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปโดยในโรงพยาบาลจะมีหอผู้ป่วยอายุรกรรม 4 หอผู้ป่วย แบ่งเป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 หอผู้ป่วย และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 หอผู้ป่วย โดยมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเหมือนกันทั้ง 4 หอผู้ป่วย และหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เข้ามาได้รับการรักษาไม่ทันภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมงหรือไม่อยู่ในข้อบ่งชี้ในการให้ยา rt-PA จะได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปตั้งแต่แรกรับจนถึงวันจำหน่าย โดยผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะมีแนวทางการดูแลดังต่อไปนี้ ในวันแรกมีการประเมินผู้ป่วยโดยการประเมินระดับความรู้สึกตัว [Glasgow Coma Scale (GCS)] ประเมินความรุนแรงของโรคด้วย NIHSS ประเมินระดับ Motor power และประเมินการกลืน หลังจากนั้นจะส่งปรึกษาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพจะมีการประเมิน และทำกายภาพบำบัดข้างเตียงผู้ป่วย มีการฝึกการพูด มีการให้คำแนะนำ

เกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค และการดำเนินการของโรค การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล การสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และประเมินสภาพครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย

วันที่ 2 ประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ หลังจากนั้นพยาบาลจะประสานงานเพื่อระงับญาติผู้ดูแลหลักที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน และให้เตรียมความพร้อมญาติเตรียมผู้ดูแลทั้งในด้านที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย แนะนำและสอนญาติในการดูแลกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัดโดยนักกายภาพบำบัด แนะนำการรับประทานยา Antiplatelet หรือ Anticoagulant โดยเภสัชกร แนะนำเรื่องอาหารและโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโดยร่วมกับเภสัชกรและนักโภชนาการ และหลังจากนั้นพยาบาลส่งข้อมูลให้กับศูนย์ประสานงานเยี่ยมบ้าน วันที่ 3-4 ทบทวนการสอนในการดูแลผู้ป่วย และวันที่ 6-7 พยาบาลให้ความรู้เรื่องอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด และประเมินอาการผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยจะพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โดยใช้ระยะเวลา 3-7 วัน โดยมีผู้ป่วยเข้ารับบริการประมาณ 400 คนต่อปี

โรงพยาบาลบางละมุง เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ 250 เตียง ให้บริการ Stroke Unit 6 เตียง ให้บริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครอบคลุมตั้งแต่การประเมินวินิจฉัยด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT-scan) และมีการรักษาด้วยยา rt-PA โดยผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดทุกคนต้องรับเข้าไว้ในการดูแลที่หอผู้ป่วย Stroke Unit จนครบ 24 ชั่วโมง ทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา rt-PA เมื่อมีอาการคงที่จะย้ายมารับการดูแลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปโดยในโรงพยาบาลจะมีหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 หอผู้ป่วย แบ่งเป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โดยมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเหมือนกันทั้งสองหอผู้ป่วย โดยมีแนวทางการดูแลดังต่อไปนี้ สังเกตอาการและประเมินผู้ป่วยโดยการประเมินระดับความรู้สึกตัว [Glasgow Coma Scale (GCS)] ประเมินความรุนแรงของโรคด้วย NIHSS ประเมินระดับ Motor power และประเมินการกลืน หลังจากนั้นจะส่งปรึกษาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพจะมีการประเมิน และทำกายภาพบำบัดข้างเคียงผู้ป่วย มีการฝึกการพูด มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค และการดำเนินการของโรค การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล การสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และประเมินสภาพครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย

วันที่ 2-3 ประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ หลังจากนั้นพยาบาลจะประสานงานเพื่อระงับญาติผู้ดูแลหลักที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน และให้เตรียมความพร้อมญาติเตรียมผู้ดูแลทั้งในด้านที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย แนะนำและสอนญาติในการดูแลกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัดโดยนักกายภาพบำบัด แนะนำการรับประทานยา Antiplatelet หรือ Anticoagulant โดยเภสัชกร แนะนำเรื่องอาหารและโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโดยร่วมกับเภสัชกรและนักโภชนาการ

และหลังจากนั้นพยาบาลส่งข้อมูลให้กับศูนย์ประสานงานเยี่ยมบ้าน วันที่ 3-4 ทบทวนการสอนในการดูแลผู้ป่วย และวันที่ 6-7 พยาบาลให้ความรู้เรื่องอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด และประเมินอาการผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยจะพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โดยใช้ระยะเวลา 3-7 วัน โดยมีผู้ป่วยเข้ารับบริการประมาณ 350 คนต่อปี

โรงพยาบาลพนัสนิคม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก 200 เตียง ให้บริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน วินิจฉัยด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT-scan) และมีการรักษาด้วยยา rt-PA โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA จะถูกรับไว้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จนครบ 24 ชั่วโมง เมื่อมีอาการคงที่จะย้ายมารับการดูแลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปโดยในโรงพยาบาลจะมีหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 หอผู้ป่วย แบ่งเป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โดยมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเหมือนกันทั้งสองหอผู้ป่วย และหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เข้ามารับการรักษาไม่ทันภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมงหรือไม่อยู่ในข้อบ่งชี้ในการให้ยา rt-PA จะได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงวันจำหน่าย โดยมีแนวทางการดูแลดังต่อไปนี้ การประเมินผู้ป่วยโดยการประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว [Glasgow Coma Scale (GCS)] ประเมินความรุนแรงของโรคด้วย NIHSS ประเมินระดับ Motor power และประเมินการกลืน หลังจากนั้นจะส่งปรึกษาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพจะมีการประเมิน และทำกายภาพบำบัดข้างเดียวผู้ป่วย มีการฝึกการพูด มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค และการดำเนินการของโรค การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล การสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และประเมินสภาพครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย

วันที่ 2-3 ประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ หลังจากนั้นพยาบาลจะประสานงานเพื่อระงับญาติ ผู้ดูแลหลักที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน และให้เตรียมความพร้อมญาติเตรียมผู้ดูแลทั้งในด้านที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย แนะนำและสอนญาติในการดูแลกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัดโดยนักกายภาพบำบัด แนะนำการรับประทานยา Antiplatelet หรือ Anticoagulant โดยเภสัชกร แนะนำเรื่องอาหารและโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโดยร่วมกับเภสัชกรและนักโภชนาการ และหลังจากนั้นพยาบาลส่งข้อมูลให้กับศูนย์ประสานงานเยี่ยมบ้าน วันที่ 3-4 ทบทวนการสอนในการดูแลผู้ป่วย และวันที่ 6-7 พยาบาลให้ความรู้เรื่องอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด และประเมินอาการผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยจะพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โดยใช้ระยะเวลา 3-7 วัน โดยมีผู้ป่วยเข้ารับบริการประมาณ 300 คนต่อปี

โรงพยาบาลบ้านบึง เป็นโรงพยาบาลชุมชน 90 เตียง ให้บริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน วินิจฉัยด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT-

scan) และมีการรักษาด้วยยา rt-PA โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA จะถูกรับไว้ในหอ  
อภิบาลผู้ป่วยหนัก จนครบ 24 ชั่วโมง เมื่อมีอาการคงที่จะย้ายมารับการดูแลที่หอผู้ป่วยอายุกรรม  
ทั่วไปโดยในโรงพยาบาลจะมีหอผู้ป่วยอายุกรรม 2 หอผู้ป่วย แบ่งเป็นหอผู้ป่วยอายุกรรมชายและ  
หอผู้ป่วยอายุกรรมหญิง โดยมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเหมือนกันทั้งสองหอผู้ป่วย และหาก  
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เข้ามารับการรักษาไม่ทันภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมง  
หรือไม่อยู่ในข้อบ่งชี้ในการให้ยา rt-PA จะได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุกรรมทั่วไปตั้งแต่แรก  
จนถึงวันจำหน่าย โดยมีแนวทางการดูแลดังต่อไปนี้ การประเมินผู้ป่วยโดยการประเมินระดับความ  
รู้สึกรู้ตัว [Glasgow Coma Scale (GCS)] ประเมินความรุนแรงของโรคด้วย NIHSS ประเมินระดับ  
Motor power และประเมินการกลืน หลังจากนั้นจะส่งปรึกษาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งทีมสหสาขา  
วิชาชีพจะมีการประเมิน และทำกายภาพบำบัดข้างเตียงผู้ป่วย มีการฝึกการพูด มีการให้คำแนะนำ  
เกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค และการดำเนินการของโรค การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล การ  
สังเกตอาการข้างเคียงจากการให้ยา และประเมินสภาพครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย

วันที่ 2-3 ประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ หลังจากนั้นพยาบาลจะประสานงานเพื่อระงับญาติ  
ผู้ดูแลหลักที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน และให้เตรียมความพร้อมญาติเตรียมผู้ดูแลทั้งในด้านที่อยู่  
อาศัยให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย แนะนำและสอนญาติในการดูแลกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย การ  
ทำกายภาพบำบัดโดยนักกายภาพบำบัด แนะนำการรับประทานยา Antiplatelet หรือ Anticoagulant  
โดยเภสัชกร แนะนำเรื่องอาหารและโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโดยร่วมกับเภสัชกรและนักโภชนาการ  
และหลังจากนั้นพยาบาลส่งข้อมูลให้กับศูนย์ประสานงานเยี่ยมบ้าน วันที่ 3-4 ทบทวนการสอนใน  
การดูแลผู้ป่วย และวันที่ 6-7 พยาบาลให้ความรู้เรื่องอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด  
และประเมินอาการผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยจะพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุ  
กรรมทั่วไป โดยใช้ระยะเวลา 3-7 วัน โดยมีผู้ป่วยเข้ารับบริการประมาณ 300 คนต่อปี

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง  
ขาดเลือดครั้งแรก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลที่มีระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
สมองแบบครอบคลุม สามารถให้การรักษาด้วยยา rt-PA ได้

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือด  
สมองขาดเลือดครั้งแรก เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา  
โรงพยาบาลบางละมุง โรงพยาบาลพนัสนิคม และโรงพยาบาลบ้านบึง โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

### เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. คุณสมบัติของญาติผู้ดูแล มีลักษณะ ดังต่อไปนี้
  - 1.1 มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
  - 1.2 มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติของผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือ ญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนใดๆ ในการดูแล
  - 1.3 ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไปไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบประเมิน Six – Item Cognitive Impairment Test (6 CIT-Kingshill Version 2000)  $\leq 7$  คะแนน
  - 1.4 สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
  - 1.5 ไม่มีสภาวะทางจิตบกพร่องประเมินจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)
2. คุณสมบัติของผู้ป่วย มีลักษณะ ดังต่อไปนี้
  - 2.1 มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางขึ้นไป (NIHSS Score  $> 5$  คะแนน) โดยคัดกรองจากเวชระเบียน
  - 2.2 มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ช่วยตนเองไม่ได้ไปจนถึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับปานกลาง (Barthel Index of Activities of Daily Living  $\leq 70$  คะแนน) โดยคัดกรองจากเวชระเบียน
  - 2.3 เป็นผู้ป่วยในที่รักษาอยู่ในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โรงพยาบาลบางละมุง โรงพยาบาลพนัสนิคม และโรงพยาบาลบ้านบึง

### เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้นที่ต้องย้ายเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภายหลังว่าเป็นภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack)

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power version 3.1.9.4 วิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบตามสถิติ Multiple regression กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ระดับปานกลาง เท่ากับ .15 (Cohen, 1998) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซ็นต์ ( $\alpha = .05$ ) กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .90 (Burns & Grove, 2009; Polit & Beck, 2014) จำนวนตัวแปรต้นในการทำนาย 6 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอน ประสบการณ์ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยึดหยุ่นในชีวิต

คำนวณ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 146 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 10 (Grove et al., 2013) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 161 ราย

## การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลรัฐบาลใน จังหวัดชลบุรีตั้งแต่ระดับทุติยภูมิขึ้นไป ที่มีระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครอบคลุม สามารถให้การรักษาด้วยยา rt-PA ได้โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการสุ่มเลือกมา 4 โรงพยาบาลด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ( Sampling without replacement ) โดยมี โรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรีตั้งแต่ระดับทุติยภูมิขึ้นไป ที่ให้การรักษาโรคหลอดเลือดสมองด้วยยา rt-PA ได้ซึ่งมีทั้งหมด 7 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลบางละมุง โรงพยาบาลบ้านบึง โรงพยาบาลพนัสนิคม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ และ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

2. จับฉลากได้ 4 โรงพยาบาลได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โรงพยาบาลบางละมุง โรงพยาบาลพนัสนิคม และ โรงพยาบาลบ้านบึง เมื่อได้โรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการคาดคะเนตามสัดส่วนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรค หลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบในปี 2565 ของโรงพยาบาลที่ศึกษา โดยการเทียบบัญญัติตาม สัดส่วนประชากร ดังนี้

$$\text{กลุ่มตัวอย่างแต่ละ โรงพยาบาล} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการ} \times \text{จำนวนผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด}}$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลที่ศึกษา แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย ในปี 2565 (คน) (N)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน) (n)
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	400	48
โรงพยาบาลบางละมุง	350	43
โรงพยาบาลพนัสนิคม	300	35
โรงพยาบาลบ้านบึง	300	35
รวม	1350	161

3. เมื่อมีผู้สนใจติดต่อเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้สนใจทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ ซึ่งแจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ การตัดสินใจไม่มีการบังคับหรือผูกมัด และจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการทางสุขภาพ ใด ๆ หลังจากนั้นถ้ากลุ่มตัวอย่างสนใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

5. ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนข้างต้น จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 163 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือคัดกรอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. เครื่องมือคัดกรองญาติผู้ดูแล

1.1 แบบสอบถามเพื่อคัดกรองความบกพร่องของสมอง ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี โดยใช้แบบประเมิน Six – Item Cognitive Impairment Test (6 CIT-Kingshill Version 2000) ที่สร้างโดย Brooke and Bullock (1999) และแปลเป็นภาษาไทยโดย สุภาพ อารีเอื้อ และพิชญ์ ประอร ชัยเจริญ (2563) เพื่อใช้ทดสอบความบกพร่องทางสมองในสูงอายุ โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้และได้รับอนุญาตให้ใช้อย่างถูกต้อง มีข้อคำถาม 6 ข้อ ประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ 3 ด้าน ประกอบไปด้วย

- 1) การรับรู้สภาวะรอบตัว จำนวน 3 ข้อ การรับรู้ เวลา เดือนและปี
- 2) ความตั้งใจจำนวนสองข้อ ทดสอบโดยให้ผู้ถูกทดสอบนับเลขถอยหลังจาก 20 ถึง 0 และนับเดือนถอยหลัง จากธันวาคม ถึง มกราคม
- 3) ความจำ ทดสอบโดยให้ผู้ถูกทดสอบ จำชื่อ นามสกุล บ้านเลขที่ ถนนและจังหวัด หลังตอบคำถาม เรื่องการรับรู้เวลา และเดือน และให้ผู้ถูกทดสอบระลึกความจำโดยบอกข้อมูล 5 อย่างข้างต้นหลังตอบคำถามเรื่องความตั้งใจ

คะแนนรวมทั้ง 3 ด้านอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน คะแนน 0-7 หมายถึง ไม่มีภาวะความพร่องทางการรู้คิด และคะแนน 8 คะแนน ขึ้นไป หมายถึง อาจมีความบกพร่องทางการรู้คิด คุณภาพของเครื่องมือ 6 CIT มีความตรงตามสภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางลบ ( $r = -.91$ ) กับแบบทดสอบ MMSE มีค่าความไวของเครื่องมือ เท่ากับ ร้อยละ 78.57 และมีค่าความจำเพาะในการคัดกรองสมองเสื่อม เท่ากับ ร้อยละ 100 (Brooke & Bullock, 1999) เครื่องมือฉบับแปลโดย (สุภาพ อารีเอื้อ และพิชญ์ประอร ยังเจริญ, 2563) มีความตรงเชิงเนื้อหา CVI = 1.0

**1.2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)** แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พัฒนาโดย สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ, (2550) เป็นเครื่องมือที่อนุญาตให้ใช้ได้เป็นสาธารณะ แบบคัดกรองค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าใช้สัมภาษณ์เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าใน 2 สัปดาห์โดยคำตอบมี 2 แบบคือ มีและไม่มี ถ้าคำตอบมีในข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่ป่วยเป็น โรคซึมเศร้าจึงจำเป็นต้องประเมินอีกครั้งด้วยแบบประเมินที่มีความจำเพาะสูง แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ได้แก่ 1) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่ และ 2) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่ ถ้าตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” จะมีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 96.5 และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 44.6 ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (Positive Likelihood Ratio) เท่ากับ 1.74 เท่า แต่ถ้าใช่ทั้งสองข้อ จะเพิ่มความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 85.1 ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (Positive Likelihood Ratio) เท่ากับ 4.82 เท่า

## 2. เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ได้แก่ National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) Barthel Index of Activities of Daily Living (BI) โรคประจำตัว การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ การดูแลการให้ออกซิเจน การดูแลดูดเสมหะ การดูแลแผลหลอดเลือด การดูแลให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวนปัสสาวะ การดูแลป้องกันการเกิด

แปลคคหับ การป้องกันการพลัดตกหกล้ม ประเมินได้จากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยได้รับการอนุญาตจากโรงพยาบาลในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย

**2.1 แบบประเมินความบกพร่องทางระบบประสาท [National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)]** โดยผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ National Institutes of Health Stroke Scale (Ortiz & Sacco, 2014) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานและมีการใช้อย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยประเมินได้จากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยได้รับการอนุญาตจากโรงพยาบาลในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 11 ข้อ การเคลื่อนไหว คะแนนรวม 0 ถึง 42 คะแนน คะแนนมาก แสดงว่าผู้ป่วย มีความรุนแรงของโรคน้อย คะแนนน้อยแสดงว่าผู้ป่วย มีความรุนแรงของโรคมาก 0 คะแนนแสดงว่าไม่มีความ บกพร่องทางระบบประสาท การแปลผลคะแนนจากการประเมินด้วย NIHSS จำแนกออกเป็น 4 ระดับดังนี้

คะแนน 25	หมายถึง ความรุนแรงระดับมาก
คะแนน 15-24	หมายถึง ความรุนแรงระดับปานกลางถึงมาก
คะแนน 5-14	หมายถึง ความรุนแรงปานกลาง
คะแนน $\leq 4$	หมายถึง ความรุนแรงระดับน้อย

**2.2 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลดีแอล [Barthel Index of Activities of Daily Living (BD)]** โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Barthel Index of Activities of Daily Living (BI) ซึ่งผู้วิจัยประเมินได้จากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยได้รับการอนุญาตจากโรงพยาบาลในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันประกอบด้วย 10 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การหิวผม การแต่งตัว การขับถ่ายอุจจาระ การปัสสาวะ การใช้ห้องน้ำการเคลื่อนย้ายตัวการเดินทาง และการใช้บันได แต่ละข้อมีการให้คะแนนไม่เท่ากัน โดยอยู่ในช่วง 0-10 และ 0 -15 คะแนนโดยมีคะแนนรวม 0 -100 คะแนน และมีการแบ่งคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นคะแนนไม่ต่อเนื่องและคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วงคะแนนที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 0-20	หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย
คะแนน 25-45	หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
คะแนน 50-70	หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
คะแนน 75-95	หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก
คะแนน 100	หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด มีรายละเอียดดังนี้

**ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล และของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก** ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันขณะอยู่โรงพยาบาล การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวจำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ภาระหน้าที่ในการให้การดูแลบุคคลอื่นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย และการได้รับข้อมูลหรือฝึกการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา

**ชุดที่ 2 แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล** ประเมินโดยใช้แบบประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง สร้างโดย Stewart and Archbold (1994) แปลเป็นภาษาไทยโดย Wirojratana (2002) ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตและได้รับการอนุญาตให้ใช้ฉบับภาษาอังกฤษและฉบับภาษาไทย รวมทั้งได้รับการอนุญาตให้ดัดแปลงฉบับภาษาไทยให้เกณฑ์การประเมินผลตรงกับฉบับภาษาอังกฤษ แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลเป็นเครื่องมือที่ประเมินการรับรู้การได้รับการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ซึ่งประกอบด้วย 8 ด้านๆ ละ 1 ข้อ คลอบคลุมการเตรียมความพร้อมในการดูแลด้านร่างกายของผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมในการดูแลด้านอารมณ์ผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมในการหาข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพและการจัดหาแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ดูแลผู้ดูแลตนเองให้เกิดความพึงพอใจ การเตรียมความพร้อมดูแลผู้ดูแลด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ดูแลขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล และการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ดูแลโดยรวม ซึ่ง Wirojratana (2002) ได้นำมาใช้ประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 80 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .82 และ Pucciarelli et

al. (2014) ได้นำมาใช้ในการประเมินการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศอิตาลี จำนวน 159 ราย รายได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .94 แต่ละข้อมีคะแนน 0-4 การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

คะแนน 1 หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเล็กน้อย

คะแนน 2 หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยปานกลาง

คะแนน 3 หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมาก

คะแนน 4 หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-32 คะแนน การแปลผลคะแนนรวม โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้

คะแนนมากหมายถึงญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลมาก ส่วนคะแนนหมายถึงญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลน้อย

การแปลผลรายด้าน ในแต่ละด้านจะมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน ในการแปลผลให้ใช้คะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้าน คะแนนมากหมายถึงญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลด้านนั้นมาก ส่วนคะแนนน้อยหมายถึงญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลด้านนั้นน้อย

**ชุดที่ 3 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอน** ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยสำหรับผู้ใหญ่ [Mishel Uncertainty in Illness Scale for Adult (MUIS-A)] สร้างโดย Mishel (1990) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย เป็นแบบสอบถามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลที่ไม่สามารถสรุปหรือประเมินผลความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เกิดจากความคลุมเครือหรือไม่คงที่ของโรค ความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้ง แปลเป็นภาษาไทยโดยดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตและได้รับการอนุญาตให้ใช้และดัดแปลงทั้งฉบับภาษาอังกฤษและฉบับภาษาไทย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงฉบับภาษาไทยโดยปรับจากการสอบถามผู้ป่วยเป็นการสอบถามญาติผู้ดูแล จากการศึกษาของ รัชนก ทรงทรัพย์ (2554) ได้นำมาดัดแปลงและนำไปใช้กับสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมอง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .79 และ Liu et al. (2020a) นำมาใช้ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศจีน จำนวน 320 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 โดยข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 33 ข้อครอบคลุม 4 ด้านดังนี้

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Ambiguity) จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 23, 24 และ 26 มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14 - 70 คะแนน
2. ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการ (Complexity) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 10, 28, 31, 32 และ 33 มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7 - 35 คะแนน
3. ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Inconsistency of information) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 11, 19, 22 และ 29 มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7 - 35 คะแนน
4. ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค (Unpredictability) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12, 21, 25, 27 และ 30 มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5 - 25 คะแนน

โดยมีข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อที่ 6, 7, 10, 12, 21, 25, 27, 28, 30, 31, 32 และ 33 นอกจากนั้นเป็นข้อคำถามเชิงลบ ลักษณะการตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (5 - Point Likert Scale) คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วยเพียงเล็กน้อย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีลักษณะดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นอย่างยิ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน
เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นอย่างยิ่ง

การให้คะแนนในกรณีที่เป็นข้อคำถามทางบวกและทางลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน  
ดังนี้

	คะแนน	
	ทางบวก	ทางลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
ไม่เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
เห็นด้วย	2	4
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลผลคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยนั้น Mishel (1988) ใช้การแปลผลจากคะแนนรวมทั้งฉบับและในแต่ละด้าน หากค่าคะแนนเฉลี่ยมีคะแนนสูงแสดงว่าญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูง และค่าคะแนนเฉลี่ยมีคะแนนต่ำแสดงว่าญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่ำ

**ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม** ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ ภรภัทร อิ่มโอฐ และคณะ (2552) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของวัยรุ่นโรคเมเร็งของ อารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตและได้รับการอนุญาตให้ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเป็นแบบสอบถามการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้รับการสนับสนุน โดยมีการสื่อสารผ่านทางความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น กลุ่มชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยข้อคำถามมี 2 ตอนคือ ตอนที่ 1 ได้รับมากน้อยเพียงใด และตอนที่ 2 ได้รับจากใครซึ่งสามารถเลือกตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.76 (ภรภัทร อิ่มโอฐ และคณะ, 2552) และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83 (ณิชากรีย์ พิริยจรัสชัย และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2561) โดยข้อคำถามมีจำนวน 18 ข้อ ดังนี้

การสนับสนุนด้านอารมณ์	จำนวน 5 ข้อ	ได้แก่ข้อ 1-5
การสนับสนุนด้านการประเมิน	จำนวน 3 ข้อ	ได้แก่ข้อ 6-8
การสนับสนุนด้านข้อมูล	จำนวน 5 ข้อ	ได้แก่ข้อ 9-13

การสนับสนุนด้านทรัพยากร จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 14-18

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ญาติผู้ดูแลรับรู้ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลรับรู้ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ญาติผู้ดูแลรับรู้ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นปานกลาง

เล็กน้อย หมายถึง ญาติผู้ดูแลรับรู้ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นเล็กน้อย

ไม่มีเลย หมายถึง ญาติผู้ดูแลรับรู้ไม่ได้รับการสนับสนุนในเรื่องนั้นเลย

การให้คะแนนพิจารณา ดังนี้

มากที่สุด ให้ 5 คะแนน

มาก ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง ให้ 3 คะแนน

เล็กน้อย ให้ 2 คะแนน

ไม่มีเลย ให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนรวมและรายข้อ ซึ่ง ภรภัทร อิม โอรุ และคณะ (2552) ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 - 5.00 ตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ในการแบ่งระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง ได้รับ การสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

#### ชุดที่ 5 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญฉบับย่อ ประเมิน โดยใช้แบบประเมินวัด

ความวิตกกังวลขณะเผชิญฉบับย่อ [The five-item short forms of STAI (STAIS-5)] ที่ Zsido et al. (2020) พัฒนามาจากแบบประเมิน State-Trait Anxiety Inventory (STAI) โดย Spielberger (1983) ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตและได้รับอนุญาตให้ใช้นำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคแปลย้อนกลับ (Back translate) ของ Brislin (1970) ซึ่งได้รับอนุญาตจากเจ้าของต้นฉบับโดยให้นำมาพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย ตามกระบวนการอ้างอิงจาก International society for pharmaco-economic and outcomes research โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่านแปลต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (ด้วยความคิดเห็นที่สอดคล้องกันเฉลี่ยร้อยละ 90) จากนั้นคณะผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหาภาษาไทยที่สอดคล้องกันเป็นร่างแบบสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญอีก 2 ท่านแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ เพื่อให้ได้แบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์ โดยแปลจากแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญฉบับย่อ (STAIS-5) ซึ่งเป็นแบบสอบถามส่วนหนึ่งของ The five-item short forms of STAI ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมิน State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ที่สร้างขึ้นและปรับปรุงโดย เป็นการประเมินความ

วิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์เฉพาะอย่างที่เกิดขึ้นทันทีทันใดในขณะนั้น (ความวิตกกังวลขณะเผชิญ) โดย Zsido et al. (2020) หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.90 แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่มีความรู้สึกนั้นเลย คือ ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านเลย

มีความรู้สึกนั้นบ้างแต่น้อยครั้ง คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านบ้างเล็กน้อย

มีความรู้สึกนั้นค่อนข้างมาก คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านค่อนข้างมาก

มีความรู้สึกนั้นมากที่สุด คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านมากที่สุด

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5-20 คะแนน มีการแปลค่าคะแนนดังนี้

คะแนน 5 -9 หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวล

คะแนน  $\geq 10$  หมายถึง มีความวิตกกังวล

**ชุดที่ 6 แบบสอบถามความยืดหยุ่นในชีวิต** ใช้แบบสอบถามความยืดหยุ่นในชีวิต

(Connor–Davidson Resilience Scale, CD-RISC) พัฒนาโดย Connor and Davidson (2003) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามความยืดหยุ่นในชีวิต (Resilience scale) ของ Wagnild and Young (1993) จากจำนวน 25 ข้อ มาเป็น 10 ข้อ แบบสอบถามความยืดหยุ่นในชีวิต เป็นแบบสอบถามศักยภาพหรือความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่ส่งเสริมให้มีการปรับตัวและฟื้นตัว เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด ปัญหา และอุปสรรคในชีวิต ที่เกิดจากความเสื่อมถอยและการเปลี่ยนแปลงของกาย จิต และสังคม โดย Gutierrez-Baena and Romero-Grimaldi (2022) ได้นำไปใช้ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 172 คน ที่ประเทศสเปน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back translation) โดย นพพร ว่องสิริมาศ และคณะ (2560) ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 จากกลุ่มทดสอบเครื่องมือ (Try out) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 490 คนเท่ากับ .77 (Vongsirimas et al., 2017) ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตและได้รับการอนุญาตให้ใช้ฉบับภาษาอังกฤษและฉบับภาษาไทย โดยมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-4 การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- คะแนน 0 หมายถึง ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่ามันจริงทั้งหมด
- คะแนน 1 หมายถึง ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่ามันจริงอย่างมาก
- คะแนน 2 หมายถึง ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่ามันจริงบางครั้ง
- คะแนน 3 หมายถึง ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าจริงบ่อยครั้ง
- คะแนน 4 หมายถึง ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าจริงเกือบตลอดเวลา

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน การแปลผลโดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนมาก แสดงว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีความยึดหยุ่นในชีวิตมาก ส่วนคะแนนน้อยแสดงว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีความยึดหยุ่นในชีวิตน้อย

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ในการศึกษานี้ สำหรับแบบสอบถาม The five-item short forms of STAI : STAIS-5 ของ Zsido et al. (2020) ซึ่งเป็นแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญฉบับย่อ และยังไม่เคยมีการแปลเป็นไทยมาก่อน ผู้วิจัยจึงแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้เทคนิคแปลย้อนกลับ (Back translate) ของ Brislin (1970) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือจาก Zsido et al. (2020) เมื่อได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือต้นฉบับภาษาอังกฤษ แปลเป็นภาษาไทย (Forward translation) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญทางการแพทย์และการวิจัย และมีความสามารถในการใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นอย่างดี (Bilingual person) จำนวน 2 ท่าน และนำแบบสอบถามที่แปลแล้วไปพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาตามเครื่องมือต้นฉบับ
2. หลังจากนั้นการแปลย้อนกลับ (Backward translation) เครื่องมือฉบับภาษาไทย มาเป็นภาษาอังกฤษ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญทางการแพทย์และการวิจัย มีความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษและภาษาไทยเป็นอย่างดี (Bilingual person) จำนวน 2 ท่าน
3. เปรียบเทียบเครื่องมือวิจัย ชุดต้นฉบับภาษาอังกฤษ กับชุดที่แปลย้อนกลับจากภาษาไทย (Comparison of the original version and the back translated version) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญทางการแพทย์และการวิจัย ที่มีความสามารถในการใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นอย่างดี (Bilingual person) เพื่อพิจารณาความสอดคล้องและความถูกต้องของความหมายของข้อคำถามแต่ละข้อในแบบสอบถามฉบับภาษาอังกฤษที่แปลย้อนกลับจากภาษาไทย กับเครื่องมือภาษาอังกฤษต้นฉบับ โดยหากมีข้อคำถามใดที่มีความหมายไม่ตรงกับต้นฉบับ ผู้วิจัยจะนำข้อความนั้นๆ แปลย้อนกลับอีกครั้งจนกว่าข้อคำถามทั้งหมดจะใช้ได้

4. นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดสอบ (Pretest procedures) ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายในการแปลเครื่องมือ โดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างช่วยให้ประเมินได้ว่าเครื่องมือชุดที่แปลนั้นมีความเหมาะสมหรือไม่ และผู้ตอบมีความเข้าใจข้อคำถามอย่างไร เพื่อพิจารณาว่าเครื่องมือสามารถนำไปใช้ได้จริง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือของการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนที่ผู้วิจัยดัดแปลง และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญฉบับย่อ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

แพทย์อายุรกรรมประสาทผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน  
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ท่าน  
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน

หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ให้มีความถูกต้องและเหมาะสมตามข้อเสนอแนะ ทั้งในด้านการใช้ภาษาให้ชัดเจน และความครอบคลุมเนื้อหา โดยมีค่าความตรงของเนื้อหา [Content Validity Index (CVI)] แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนที่ผู้วิจัยดัดแปลง และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญฉบับย่อ โดยทั้ง 3 ฉบับมีค่าความตรงของเนื้อหา ได้เท่ากับ 1 ซึ่งกำหนดค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ ได้มากกว่า 0.9 (Polit & Beck, 2006) ในการวิจัยครั้งนี้เครื่องมือทั้ง 3 ฉบับมีความตรงของเนื้อหาเป็นที่ยอมรับได้

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสอบถามความยืดหยุ่นในชีวิต ไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และนำข้อมูลที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นด้วยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .95, .95, .94, .81 และ .85 ตามลำดับ และความเชื่อมั่นในการศึกษาครั้งนี้จากกลุ่มตัวอย่าง 161 คน เท่ากับ .92, .83, .90, .77, .75 ตามลำดับ ซึ่งค่าความเชื่อมั่นที่ได้มากกว่า 0.7 (Burns & Grove, 2001) แสดงว่าเครื่องมือมีคุณภาพ

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยดำเนินการเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับการรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการวิจัย : G-HS029/2566 หลังจากนั้นนำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และได้รับการรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการวิจัย : 036/2566 และนำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (ครอบคลุมโรงพยาบาลบางละมุง โรงพยาบาลบ้านบึง และโรงพยาบาลพนัสนิคม) และได้รับการรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการวิจัย : COB Rec 66-022/2566

2. เมื่อมีผู้สนใจเข้าร่วมวิจัยซึ่งมีคุณสมบัติตามข้อกำหนดดังกล่าว และอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบเบื้องต้น โดยผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ ซึ่งแจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ การตัดสินใจไม่มีการบังคับหรือผูกมัด และจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการทางสุขภาพ ใด ๆ เมื่อสมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทุกรายลงนามในใบยินยอม โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

3. ผู้วิจัยได้แจ้งกลุ่มตัวอย่างว่า คำตอบจากแบบสอบถามหรือข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผย ชื่อ-นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูล และการพิมพ์เผยแพร่กระทำโดยภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่เป็นแบบสอบถามอย่างมิดชิด และปลอดภัย สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ผู้วิจัยใส่รหัส ซึ่งข้อมูลทั้งหมดมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้ หลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมดเมื่อเผยแพร่ผลการวิจัยไปแล้ว 3 ปี

5. ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลหากผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น ร้องไห้ วิตกกังวล กระสับกระส่าย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างหยุดตอบสอบถามทันทีและให้กลุ่มตัวอย่างพูดระบายความรู้สึก ผู้วิจัยให้กำลังใจ สัมผัส ปลอดภัย อยู่เป็นเพื่อนจนอาการทุเลาลง แล้วจึงทำแบบสอบต่อ แต่หากกลุ่มตัวอย่างอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ยังไม่ทุเลาลง กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการดังกล่าว

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

### ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะบดีบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โรงพยาบาลบางละมุง โรงพยาบาลพนัสนิคม และ โรงพยาบาลบ้านบึง เพื่อขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกศูนย์วิจัย และหอผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม และหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โรงพยาบาลบางละมุง โรงพยาบาลพนัสนิคม และ โรงพยาบาลบ้านบึง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ในวันสำรวจ ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์เชิญชวนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โรงพยาบาลบางละมุง โรงพยาบาลพนัสนิคม และ โรงพยาบาลบ้านบึง เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยติดป้ายประชาสัมพันธ์เชิญชวน โดยมีข้อความเบื้องต้น ดังนี้

“ขอเชิญชวนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทุกคน ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป เข้าร่วม โครงการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ซึ่งดำเนินการ โดยนิติตปริญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา การเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หากท่านมีความสนใจ กรุณาติดต่อ นางสาวภัทราภรณ์ บุญโรจน์ เบอร์โทรศัพท์ 061-9808625 หรือแจ้งความจำนงได้ที่ พยาบาลแผนกอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โรงพยาบาลบางละมุง โรงพยาบาลพนัสนิคม และ โรงพยาบาลบ้านบึง โดยทางผู้วิจัยพร้อมให้ข้อมูลโครงการอย่างละเอียด การตัดสินใจขึ้นอยู่กับท่าน ไม่มีการบังคับหรือผูกมัด”

2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความสำคัญ ประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจง

ให้ทราบถึงสิทธิในการตอบหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่ผู้ป่วยสมัครใจผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

3. ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ญาติผู้ดูแลไม่ได้มีกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย โดยจัดให้มีห้องที่มีความเป็นส่วนตัว สำหรับการทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการตอบแบบสัมภาษณ์ สามารถตอบได้ตามความคิดเห็น โดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้อธิบายข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม โดยระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที

4. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในแบบสัมภาษณ์เสร็จแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และให้ของที่ระลึกเป็นกล่องสำหรับใส่ยา เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนการเตรียมความพร้อม ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน ความยึดหยุ่นในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ด้วยพิสัย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัยความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และยึดหยุ่นของชีวิต ต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ภายหลังจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2555) ดังนี้

3.1 ตัวแปรที่เป็นตัวแปรนามบัญญัติ (Nominal variable) แปลงให้เป็นตัวแปรหุ่น ได้แก่ ประสพการณ์ และตัวแปรระดับการศึกษา สำหรับตัวแปรอิสระ ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และยึดหยุ่นของชีวิต และตัวแปรตาม คือ การเตรียมความพร้อม มีระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา (Interval)

3.2 ทดสอบ Outlier ของข้อมูล โดยการทดสอบแบบ Multivariate outlier ด้วยค่า Mahalanobis พบว่า ค่าวิกฤติที่  $\alpha = .001$  และ  $df = 4$  เท่ากับ 18.467 โดยในการทดสอบนี้ไม่พบค่า Mahalanobis ที่สูงกว่า 18.467 จึงไม่มี Outlier

3.3 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) โดยใช้สถิติ F-test ผลการทดสอบพบว่า Linearity Sig =  $< .001$  แสดงว่าความสัมพันธ์ตัวแปรต้นและตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์แบบเส้นตรง

3.4 ข้อมูลของตัวแปรตาม และตัวแปรอิสระทุกตัวมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (Normal distribution) ทดสอบด้วยกราฟ Q-Q plot และค่าความคลาดเคลื่อน มีการแจกแจงแบบปกติ Residual mean เท่ากับ 0

3.5 ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัว มีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) โดย Scatterplot จากการทดสอบ Stepwise multiple regression พบว่ากราฟมีลักษณะเป็น Homoscedasticity

3.6 ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระจากกัน (Independence) ทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของข้อมูล โดยใช้สถิติ Durbin-Watson test พบว่าค่าที่ได้เท่ากับ 1.63 ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 ถือว่าข้อมูลไม่มี Autocorrelation

3.7 ทดสอบความสัมพันธ์กันเองของตัวแปร โดยพิจารณาค่า Variance inflation factor (VIF) จากการทดสอบ Stepwise multiple regression พบว่าค่าที่ได้อยู่ระหว่าง 1.19-1.26 ซึ่งไม่มากกว่า 4 ถือว่าไม่มีภาวะ Multicollinearity

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการเชิงทำนาย (Predictive research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอน ประสบการณ์ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ที่แผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โรงพยาบาลพนัสนิคม โรงพยาบาลบ้านบึง และเก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลบางละมุง ในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 161 ราย ผลการศึกษานำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันขณะอยู่โรงพยาบาล การรับรู้ภาวะสุขภาพโรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวจำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ภาระหน้าที่ในการให้การดูแลบุคคลอื่นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย และการได้รับข้อมูลหรือฝึกการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์

จากผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก จำนวน 161 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.8) มีอายุเฉลี่ย 44.76 ปี ( $SD = 9.55$ ) มีอายุน้อยที่สุด 17 ปี อายุมากที่สุด 63 ปี เมื่อพิจารณาตามช่วงวัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง

ในช่วงอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 70.2) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 82.6) มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด (ร้อยละ 52.8) รองลงมาคือปริญญาตรี (ร้อยละ 29.8) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นพนักงานประจำ (ร้อยละ 34.8) รองลงมาคืออาชีพค้าขาย (ร้อยละ 34.2) มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 15,001-20,000 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 33.6) รองลงมามีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 20,001-25,000 บาท (ร้อยละ 32.3) และมีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 68.9) โดยญาติผู้ดูแลส่วนมากมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย (ร้อยละ 47.8) รองลงมาเป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 42.2) ญาติผู้ดูแลส่วนมากไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ติดเตียงมาก่อน (ร้อยละ 85.1) โดยมีจำนวนชั่วโมงดูแลผู้ป่วยต่อวันขณะอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 2.32 ชั่วโมง ญาติผู้ดูแลส่วนมากมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 50.3) โดยส่วนมากมีโรคประจำตัว 1 โรค (ร้อยละ 88.9) รองลงมามีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค (ร้อยละ 11.1) ซึ่งโดยส่วนใหญ่พบว่ามาจากโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 74.1) รองลงมาคือไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 28.4) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีภาวะสุขภาพดี (ร้อยละ 72.8) รองลงมาคือมีภาวะสุขภาพดีมาก (ร้อยละ 24.8) โดยส่วนใหญ่จะมีสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 2 คน (ร้อยละ 73.3) รองลงมาคือมีสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 1 คน (ร้อยละ 14.3) นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีภาระหน้าที่ในการให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวท่านอื่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระหว่างการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 98.1) และเคยได้รับการอบรมจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ติดเตียงมาก่อน (ร้อยละ 96.9) ในจำนวนนี้ได้รับความรู้จากพยาบาลบนหอผู้ป่วยมากที่สุดที่ระยะเวลา 1-2 วัน (ร้อยละ 73) รองลงมาได้รับความรู้ระยะเวลา 3-4 วัน (ร้อยละ 23.8) รวมทั้งยังพบว่ามีญาติผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมจากพยาบาลบนหอผู้ป่วยและเคยได้รับการอบรมจากหลักสูตรกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 0.6) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย (n = 161)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	47	29.2
หญิง	114	70.8
<b>อายุ (Min = 17, Max = 63, Mean = 44.76, SD = 9.55)</b>		
< 20 ปี	1	0.6
21-40 ปี	44	27.3
41-60 ปี	113	70.2
> 61 ปี	3	1.9
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	13	8.1
สมรส	133	82.6
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	15	9.3
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถม	3	1.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	25	15.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	85	52.8
ปริญญาตรี	48	29.8
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	5
รับจ้างรายวัน	11	6.8
พนักงานประจำ	56	34.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	20	12.4
ค้าขาย	55	34.2
เกษตรกร	9	5.6
อื่นๆ	2	1.2
<b>รายได้ต่อเดือน</b>		
5,000-10,000 บาท	2	1.2

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
10,001-15,000 บาท	30	18.6
15,001-20,000 บาท	54	33.6
20,001-25,000 บาท	52	32.3
25,001-30,000 บาท	18	11.2
> 30,000 บาท	5	3.1
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
ไม่เพียงพอ	3	1.9
เพียงพอ	111	68.9
เพียงพอและเหลือเก็บ	47	29.2
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>		
คู่สมรส	77	47.8
บิดา/มารดา	2	1.2
บุตร	68	42.2
ญาติ	14	8.8
<b>มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ติดเตียง</b>		
ไม่เคย	137	85.1
เคยมีประสบการณ์	24	14.9
<b>จำนวนชั่วโมงดูแลผู้ป่วยต่อวันขณะอยู่โรงพยาบาล (Min = 1, Max = 20, Mean = 2.32, SD = 2.10)</b>		
1-2 ชั่วโมง/วัน	141	87.6
3-5 ชั่วโมง/วัน	16	9.9
> 6 ชั่วโมง/วัน	4	2.5
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มีโรคประจำตัว	80	49.7
มีโรคประจำตัว (n = 81)	81	50.3
โรคประจำตัว 1 โรค	72	88.9
โรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค	9	11.1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประเภทของโรคประจำตัว* ( $n = 81$ )		
เบาหวาน	2	2.5
ความดันโลหิตสูง	60	74.1
ไขมันในเลือดสูง	23	28.4
โรคอื่นๆ	5	6.2
การรับรู้ภาวะสุขภาพ		
สุขภาพไม่ดีมาก	1	0.6
สุขภาพไม่ดี	1	0.6
สุขภาพดีปานกลาง	2	1.2
สุขภาพดี	117	72.8
สุขภาพดีมาก	40	24.8
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ( $Min = 0$ , $Max = 5$ )		
ไม่มีเลย	4	2.5
1 คน	23	14.3
2 คน	118	73.3
> 2 คน	16	9.9
ภาระหน้าที่ในการดูแลสมาชิกท่านอื่นในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง		
ไม่มี	158	98.1
มี	3	1.9
ได้รับการอบรมจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ติดเตียง		
ไม่เคย	5	3.1
เคย ( $n = 156$ )	156	96.9
ได้รับความรู้จากพยาบาลบนหอผู้ป่วย		
1-2 วัน	114	73
3-4 วัน	37	23.8
> 4 วัน	5	3.2
ได้รับการอบรมจากหลักสูตรกระทรวงสาธารณสุข**	1	0.6

\* 1 คนมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค

\*\*เคยได้รับการอบรมจากพยาบาลบนหอผู้ป่วยและได้รับการอบรมจากหลักสูตรกระทรวงสาธารณสุข

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ประกอบด้วย เพศ อายุ และโรคประจำตัว จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 65.2) อายุน้อยที่สุด 35 ปี อายุมากที่สุด 91 ปี อายุเฉลี่ย 62.28 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางโดยมีอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 48.4) รองลงมาอยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุโดยมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 47.3) ส่วนมากมีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวอื่น ๆ รวมด้วย (ร้อยละ 94.4) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรค (ร้อยละ 36.8) รองลงมา มีโรคประจำตัว 3 โรค (ร้อยละ 36.2) ซึ่งโดยส่วนใหญ่พบว่ามาจากโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 93.4) รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 60.5) ระดับความบกพร่องทางระบบประสาท [National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)] ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล [Barthel Index of Activities of Daily Living (BI)] และการรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความบกพร่องทางระบบประสาท (NIHSS) อยู่ในระดับปานกลาง (Moderate stroke) (ร้อยละ 95.7) ส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนี (BI) ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.4) รองลงมาคือสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย (ร้อยละ 21.7) ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) (ร้อยละ 80.1) และใช้วิธีการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 64) ตามมาด้วยการใช้สิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 23) โดยมีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉลี่ย 3.83 วัน ( $SD = 1.92$ ) ดังแสดงได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ครั้งแรก (n = 161)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศผู้ป่วย</b>		
ชาย	105	65.2
หญิง	56	34.8
<b>อายุ (Min = 35, Max = 91, Mean = 62.28, SD = 12.96)</b>		
21-40 ปี	7	4.3
41-60 ปี	78	48.4
> 61 ปี	76	47.3
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มีโรคประจำตัว	9	5.6
มีโรคประจำตัว* (n = 152)	152	94.4
โรคประจำตัว 1 โรค	22	14.5
โรคประจำตัว 2 โรค	56	36.8
โรคประจำตัว 3 โรค	55	36.2
โรคประจำตัวมากกว่า 4 โรค	19	12.5
<b>ประเภทของโรคประจำตัว* (n = 152)</b>		
เบาหวาน	77	50.7
ความดันโลหิตสูง	142	93.4
ไขมันในเลือดสูง	92	60.5
ไตเรื้อรัง	9	5.9
โรคหัวใจ	40	26.3
โรคอื่นๆ	18	11.8
<b>ระดับความบกพร่องทางระบบประสาท (NIHSS)</b>		
Moderate stroke	154	95.7
Moderate to severe stroke	6	3.7
Severe stroke	1	0.6
<b>ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI)</b>		
ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้	32	19.9

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย	35	21.7
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง	94	58.4
<b>การรักษาที่ได้รับสำหรับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด</b>		
ได้รับยา rt-PA ภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมง	26	16.2
ได้รับการทำ Thrombectomy	6	3.7
ได้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants)	129	80.1
<b>สิทธิ์การรักษา</b>		
เบิกจ่ายตรงจากต้นสังกัด	21	13
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	103	64
ประกันสังคม	37	23
<b>ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคสมองขาดเลือด (Min = 2, Max = 22, Mean = 3.83, SD = 1.92)</b>		
2-4 วัน	133	82.7
5-7 วัน	25	15.5
8-10 วัน	1	0.6
≥ 11 วัน	2	1.2

\* 1 คนมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย ตัวแปรตาม ได้แก่ การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ส่วนตัวแปรต้น ได้แก่ ประสิทธิภาพระดับการศึกษา ความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต ซึ่งตัวแปรประสิทธิผลและระดับการศึกษาได้นำเสนอในส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ดังนั้นในส่วนนี้จะอธิบายตัวแปรตามและตัวแปรต้นที่เหลือ ดังนี้

#### ส่วนที่ 3.1 ตัวแปรตาม การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนได้รับการเตรียมความพร้อมเท่ากับ 16.70 ( $SD = 4.20$ ) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาการเตรียม

ความพร้อมรายด้าน พบว่า มีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับน้อยสามด้าน ได้แก่ ด้านความต้องการด้านอารมณ์ ( $Mean = 1.68, SD = 0.74$ ) ด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ( $Mean = 1.70, SD = 0.74$ ) และด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองเพื่อให้เกิดความพึงพอใจ ( $Mean = 1.46, SD = 0.67$ ) ส่วนการเตรียมความพร้อมในด้านอื่นๆอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย ด้านการหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและการดูแล ด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย ด้านการขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็น และด้านการดูแลผู้ป่วยโดยภาพรวม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกจำแนกตามรายด้าน ( $n = 161$ )

การเตรียมความพร้อมของ ญาติผู้ดูแลรายด้าน	พิสัยที่ เป็นไปได้	พิสัยที่ ได้	M	SD
ความต้องการด้านร่างกาย	0-4	0-4	2.52	0.60
ความต้องการด้านอารมณ์	0-4	0-4	1.68	0.74
การหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและการดูแล	0-4	1-4	2.14	0.65
การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล	0-4	0-4	1.70	0.74
การดูแลผู้ป่วยและตนเองเพื่อให้เกิดความพึงพอใจ	0-4	0-4	1.46	0.67
การจัดการกับภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย	0-4	1-4	2.39	0.69
การขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็น	0-4	1-4	2.42	0.60
การดูแลผู้ป่วยโดยภาพรวม	0-4	1-4	2.39	0.54
รวม	0-32	0-32	16.70	4.20

### ส่วนที่ 3.2 ตัวแปรต้น ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอนการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนเท่ากับ 67.22 ( $SD = 6.68$ ) จากคะแนนเต็ม 165 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านแล้ว พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการ ด้านการขาด

ข้อมูลการวินิจฉัยโรคและความรุนแรง และด้านไม่สามารถทำนายความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค มีความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับน้อย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 3.70 ( $SD = 0.39$ ) จากคะแนนเต็ม 5 เมื่อพิจารณาทางด้านแล้ว พบว่า มีสองด้านที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูล ( $Mean = 3.85, SD = 0.38$ ) และด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากร ( $Mean = 3.77, SD = 0.55$ ) สำหรับด้านอื่นที่เหลือพบว่าการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 5

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.8 ไม่มีความวิตกกังวล ( $Mean = 8.90, SD = 1.77$ ) อย่างไรก็ตามยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.2 มีความวิตกกังวล ในส่วนของความยืดหยุ่นในชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความยืดหยุ่นในชีวิตค่อนข้างไปทางมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความยืดหยุ่นในชีวิตเท่ากับ 28.84 ( $SD = 2.89$ ) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต โดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง  
( $n = 161$ )

ค่าเฉลี่ยคะแนน	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่ได้	M	SD
<b>ความรู้สึกไม่แน่นอน</b>	33 - 165	47 - 90	67.22	6.68
ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	14 - 70	20 - 43	29.91	3.83
ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการ	7 - 35	8 - 18	12.72	1.30
ด้านการขาดข้อมูลการวินิจฉัยโรคและความรุนแรง	7 - 35	7 - 21	14.10	2.03
ด้านไม่สามารถทำนายความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค	5 - 25	7 - 14	10.48	1.39
<b>การสนับสนุนทางสังคม</b>	1-5	2.72-4.83	3.70	0.39
ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์	1-5	2.20-5	3.59	0.57
ด้านการสนับสนุนด้านการประเมิน	1-5	2.33-4.67	3.51	0.46
ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูล	1-5	2.80-5	3.84	0.37

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ค่าเฉลี่ยคะแนน	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่ได้	M	SD
ด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากร	1-5	2.40-5	3.77	0.55
ความวิตกกังวล	5-20	5 - 13	8.89	1.77
ความยืดหยุ่นในชีวิต	0-40	20 - 37	28.83	2.86

#### ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก การศึกษาครั้งประกอบด้วยปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอน ประสบการณ์ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์หาคัดลอกพหุคูณ แบบ Stepwise multiple regression โดยก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น คือ แปลงตัวแปรที่เป็นตัวแปรนามบัญญัติ (Nominal variable) ให้เป็นตัวแปรหุ่น ได้แก่ ประสบการณ์ และตัวแปรระดับการศึกษา ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) โดยวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวที่อยู่ในระดับ Interval ไม่มีความสัมพันธ์กันสูงกว่า .85 และ Collinearity statistics: มีค่า Tolerance เข้าใกล้ 0 คือ น้อยกว่า 0.2 ค่า Variance inflation factor (VIF) มากกว่า 4 ซึ่งจากผลการวิเคราะห์อยู่ในเกณฑ์ดังกล่าว ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระจากกัน (Independence) ซึ่งค่า Durbin-Watson coefficient อยู่ระหว่าง 1.5-2.5 แสดงว่าไม่เกิด Autocorrelation หรือข้อมูลมีอิสระต่อกัน ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียลในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์และการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนในการวิเคราะห์ระดับการศึกษาและการเตรียมความพร้อมของญาติ

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก พบว่า ประสบการณ์ และระดับการศึกษาไม่มี ความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อม ดังแสดงในตารางที่ 8

ส่วนตัวแปรอื่นๆ วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้ผลการวิเคราะห์ คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลางอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.494, p < .001$ ) ความยืดหยุ่นในชีวิตความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเตรียม ความพร้อมในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .481, p < .001$ ) ความวิตกกังวล ความสัมพันธ์เชิงลบกับการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.470, p < .001$ ) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเตรียมความ พร้อมในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .340, p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ระหว่าง ประสบการณ์ ระดับการศึกษา ที่มีต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ( $n = 161$ )

ตัวแปร	การเตรียมความพร้อม
1. ประสบการณ์	$r_{pbi} = .109$
2. ระดับการศึกษา	$r_{sp} = .033$

หมายเหตุ: \* $p < .05$

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่าง ความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุน ทางสังคม ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต ที่มีต่อการเตรียมความพร้อมของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ( $n = 161$ )

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความรู้สึกไม่แน่นอน	1				
2. การสนับสนุนทางสังคม	.340**	1			
3. ความวิตกกังวล	-.470**	-.323**	1		
4. ความยืดหยุ่นในชีวิต	.481**	.381**	.048**	1	
5. การเตรียมความพร้อม	-.494**	.340**	-.470**	.481**	1

หมายเหตุ: \*\* $p < .001$

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก พบว่า ตัวแปรทำนายคือ ความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต เข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนสามตัวแปร โดยที่ตัวแปรทั้งสามตัวแปรที่เข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เป็นตัวแปรทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ  $< .001$  ซึ่งพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุด ( $\beta = -.30, p < .001$ ) รองลงมาคือ ตัวแปรความวิตกกังวล ( $\beta = -.28, p < .001$ ) และ ตัวแปรความยืดหยุ่นในชีวิต ( $\beta = .27, p < .001$ ) ตามลำดับ โดยตัวแปรทำนายทั้งสามตัว สามารถร่วมกันทำนายการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกได้ถึงร้อยละ 40 (adjusted  $R^2 = .40, p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) เพื่อทำนายการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ( $n = 161$ )

ตัวแปรทำนาย	b	SE	$\beta$	t	p-value
ความรู้สึกไม่แน่นอน	-.77	.18	-.30	-4.332	<.001
ความวิตกกังวล	-.42	.10	-.28	-4.182	<.001
ความยืดหยุ่นในชีวิต	.48	.13	.27	3.84	<.001

$R = .63, R^2 = .41, \text{adjusted } R^2 = .40, F_{3,157} = 14.751, \text{sig of } F < .001$

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการเชิงทำนาย (Predictive research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอน ประสบการณ์ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต ดำเนินการวิจัยโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ที่แผนกผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โรงพยาบาลพนัสนิคม และโรงพยาบาลบ้านบึง รวมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลบางละมุง ในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 161 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล และของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญฉบับย่อ และแบบสอบถามความยืดหยุ่นในชีวิต ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในกลุ่มทดลองใช้ (Try out) เท่ากับ .95, .95, .94, .81 และ .85 ตามลำดับ และในกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ .92, .83, .90, .77 และ .75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสามารถร่วมทำนายของความรู้สึกไม่แน่นอน ประสบการณ์ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต ต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ด้วยการวิเคราะห์ทางสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

### สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุปผลได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล จากผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก จำนวน 161 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.8) มีอายุเฉลี่ย 44.76 ปี ( $SD = 9.55$ ) มีอายุน้อยที่สุด 17 ปี อายุมากที่สุด 63 ปี เมื่อพิจารณาตามช่วงวัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางในช่วงอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 70.2) มี

สถานภาพสมรส (ร้อยละ 82.6) มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด (ร้อยละ 52.8) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นพนักงานประจำ (ร้อยละ 34.8) มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 15,001-20,000 บาท (ร้อยละ 33.6) และมีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 68.9) โดยญาติผู้ดูแลส่วนมากมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย (ร้อยละ 47.8) ญาติผู้ดูแลส่วนมากไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ติดเตียงมาก่อน (ร้อยละ 85.1) โดยมีจำนวนชั่วโมงดูแลผู้ป่วยต่อวันขณะอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 2.32 ชั่วโมง

ข้อมูลด้านสุขภาพของ พบว่า ส่วนมากญาติผู้ดูแลมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 50.3) โดยที่มีโรคประจำตัว 1 โรคมากที่สุด (ร้อยละ 88.9) รองลงมามีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค (ร้อยละ 11.1) ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็น โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 74.1) รองลงมาคือไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 28.4) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิต (ร้อยละ 72.8) โดยส่วนใหญ่จะมีสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 2 คน (ร้อยละ 73.3) และญาติผู้ดูแลร้อยละ 98.1 ไม่มีภาระหน้าที่ในการให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวท่านอื่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระหว่างการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ติดเตียงมาก่อน (ร้อยละ 96.9) ในจำนวนนี้ ได้รับความรู้จากพยาบาลบนหอผู้ป่วยมากที่สุดที่ระยะเวลา 1-2 วัน (ร้อยละ 73)

1.2. ข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จากการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65.2) อายุน้อยที่สุด 35 ปี อายุมากที่สุด 91 ปี อายุเฉลี่ย 62.28 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง โดยมีอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 48.4) รองลงมาอยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุ โดยมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 47.3) ส่วนมากมีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย (ร้อยละ 94.4) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรค (ร้อยละ 36.8) โดยที่โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 93.4) รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 60.5) นอกจากนี้ พบว่า ร้อยละ 95.7 มีระดับความบกพร่องทางระบบประสาท (NIHSS) อยู่ในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปานกลางอยู่ที่ร้อยละ 58.4 รองลงมาคือสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อยอยู่ที่ร้อยละ 21.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 80.1 ได้รับการรักษาด้วยวิธีการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) และร้อยละ 64 ใช้สิทธิ์การรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉลี่ย 3.83 วัน ( $SD = 1.92$ )

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

2.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนได้รับการเตรียมความพร้อมเท่ากับ 16.70 ( $SD = 4.20$ ) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาการเตรียมความพร้อมรายด้าน พบว่า มีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับน้อยสามด้าน ได้แก่ ด้านความต้องการด้านอารมณ์ ( $Mean = 1.68, SD = 0.74$ ) ด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ( $Mean = 1.70, SD = 0.74$ ) และด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองเพื่อให้เกิดความพึงพอใจ ( $Mean = 1.46, SD = 0.67$ ) ส่วนการเตรียมความพร้อมในด้านอื่นๆอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย ด้านการหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและการดูแล ด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย ด้านการขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็น และด้านการดูแลผู้ป่วยโดยภาพรวม

2.2 จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 3.70 ( $SD = 0.39$ ) จากคะแนนเต็ม 5 เมื่อพิจารณารายด้านแล้ว พบว่า มีสองด้านที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูล ( $Mean = 3.85, SD = 0.38$ ) และด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากร ( $Mean = 3.77, SD = 0.55$ ) สำหรับด้านอื่นที่เหลือพบว่าการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

2.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 66.54 ( $SD = 7.03$ ) เมื่อพิจารณารายด้านแล้ว พบว่า มีสองด้านที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูล ( $Mean = 3.85, SD = 0.38$ ) และด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากร ( $Mean = 3.77, SD = 0.55$ ) สำหรับด้านอื่นที่เหลือพบว่าการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

2.4 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.8 ไม่มีความวิตกกังวล ( $Mean = 8.90, SD = 1.77$ ) อย่างไรก็ตามยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.2 มีความวิตกกังวล

2.5 ความยืดหยุ่นในชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความยืดหยุ่นในชีวิตค่อนข้างไปทางมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความยืดหยุ่นในชีวิตเท่ากับ 28.84 ( $SD = 2.89$ )

### ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครึ่ง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียลในการวิเคราะห์ ประสพการณ์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนในการวิเคราะห์ ระดับการศึกษา พบว่า ประสพการณ์ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อม ส่วนตัวแปรอื่นๆ วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้ผลการวิเคราะห์ คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.494, p < .001$ ) ความยืดหยุ่นในชีวิตความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .481, p < .001$ ) ความวิตกกังวลความสัมพันธ์เชิงลบกับการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.470, p < .001$ ) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเตรียมความพร้อมในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .340, p < .001$ )

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครึ่งแรก พบว่า ตัวแปรทำนายคือ ความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต เข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนสามตัวแปร โดยที่ตัวแปรทั้งสามตัวแปรที่เข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เป็นตัวแปรทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ  $< .001$  ซึ่งพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุด ( $\beta = -.30, p < .001$ ) รองลงมาคือ ตัวแปรความวิตกกังวล ( $\beta = -.28, p < .001$ ) และ ตัวแปรความยืดหยุ่นในชีวิต ( $\beta = .27, p < .001$ ) ตามลำดับ โดยตัวแปรทำนายทั้งสามตัว สามารถร่วมกันทำนายการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครึ่งแรกได้ถึงร้อยละ 40 ( $adjusted R^2 = .40, p < .001$ )

### การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ได้ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครึ่งแรกจากการศึกษา พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนได้รับการเตรียมความพร้อมเท่ากับ 16.70 ( $SD = 4.20$ ) ซึ่งมีค่าคะแนนได้รับการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลาง จากผลการศึกษานี้สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ในช่วงอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 70.2) ซึ่งถือเป็นวัยที่มีความรับผิดชอบหลายด้าน ทั้งการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว จัดหาทรัพยากร สนับสนุนค่าใช้จ่าย ตลอดจนต้องประกอบอาชีพไปพร้อมกัน โดยที่ญาติผู้ดูแลส่วน

ใหญ่มีอาชีพเป็นพนักงานประจำ (ร้อยละ 34.8) และมีอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 34.2) ซึ่งต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการทำงาน และใช้เวลานานก่อนเหนื่อจากการทำงานมาเตรียมความพร้อมในการดูแล และเตรียมรับบทบาทญาติผู้ดูแล ทำให้มีเวลาเตรียมความพร้อมได้ไม่เต็มที่ ดังจะเห็นได้ว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลเพียงวันละ 1-2 ชั่วโมง (ร้อยละ 87.6) รวมทั้งข้อจำกัดเรื่องเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทั้ง 4 โรงพยาบาล จะมีการกำหนดเวลาเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นวันละ 2 รอบ โดย 1 รอบใช้เวลาเข้าเยี่ยมได้ 1-2 ชั่วโมง ช่วงกลางวัน และช่วงเย็น ทำให้ญาติผู้ดูแลบางคนไม่สะดวกเข้าเยี่ยมและฝึกดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เปิดให้เข้าเยี่ยมได้ทั้ง 2 รอบ ทำให้ต้องรอการนัดมาเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลา 1-2 วันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ทำให้ระยะเวลาในการเรียนรู้มีน้อยลง ทำให้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ รับรู้ว่าการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง

รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกเป็นการเจ็บป่วยแบบกะทันหัน การให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อน จำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในหลายๆ ด้าน โดยที่ญาติผู้ดูแลบางคนอาจจะไม่สะดวกต่อการมาเรียนรู้ในการเตรียมความพร้อม จึงส่งผลให้การได้รับการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นิษชาธิ์ พิริยจรัสชัย และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2561); Gutierrez-Baena and Romero-Grimaldi (2022); Liu et al. (2020); นิษชาธิ์ พิริยจรัสชัย และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2561) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนมากได้รับการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่ผลการศึกษาของทั้ง 3 งานวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและประกอบอาชีพ ทำให้ต้องจัดสรรเวลาเพื่อมาเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีการลางานบ่่อยขึ้น ซึ่งส่งผลให้ได้รับการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกันกับการศึกษาในครั้งนี้

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมีบุตรอยู่ในวัยเรียน หรือบางครอบครัวอยู่ในวัยเริ่มทำงาน ทำให้มีทางเลือกในการเลือกบุคคลในครอบครัวไปเป็นญาติดูแลมีข้อจำกัด ถึงแม้ว่าจะมีสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยครอบครัวละ 1-2 คน (ร้อยละ 87.6) และส่วนใหญ่จะช่วยดูแลได้เป็นบางช่วงเวลาเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน แต่อย่างไรก็ตามพบว่าสมาชิกในครอบครัวจะจัดสรรให้ญาติผู้ดูแลมารับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายเพียงหนึ่งท่าน และยังพบว่าญาติผู้ดูแลบางคนต้องลาหยุดงาน หรือบางคนทำงานอยู่ใกล้โรงพยาบาลมาเตรียมความพร้อมช่วงพักกลางวัน ซึ่งอาจจะมีอาการเหนื่อยล้าจากการทำงาน การเดินทางมาโรงพยาบาล ส่งผลให้มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย บุญชูวงศ์ และคณะ (2560) ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว และญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ทำให้ต้องจัดสรรเวลาจากการทำงานประจำ เพื่อมาเตรียมความพร้อมเพื่อดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ทำให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาการเตรียมความพร้อมรายด้าน พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังมีการรับรู้การเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับน้อยอยู่ คือ ด้านความต้องการด้านอารมณ์ ด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล และด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองเพื่อให้เกิดความพึงพอใจสามารถอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีระดับความบกพร่องทางระบบประสาทความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก และมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีในระดับปานกลาง ไปจนถึงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลด้านร่างกายเป็นอย่างมาก การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลของบุคคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่จึงมุ่งเน้นไปที่การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก โดยเฉพาะด้านร่างกายและการขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล โดยที่บุคคลากรทางการแพทย์อาจจะไม่ได้คำนึงถึงว่าโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องเปลี่ยนบทบาทอย่างกะทันหัน (Liu et al., 2020) ทำให้มีความไม่มั่นใจในการดูแล เกิดความวิตกกังวล ตลอดจนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความบกพร่องในการควบคุมอารมณ์ มีภาวะซึมเศร้า (Towfighi et al., 2017) การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านความต้องการด้านอารมณ์ และการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถตอบสนองต่ออารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงรวมถึงสามารถดูแลสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ญาติผู้ดูแลส่วนมากไม่ทราบว่าผู้ป่วยอาจจะมีการซึมเศร้า หรือบางคนมีอาการหงุดหงิดง่าย ไม่สามารถควบคุมการแสดงอารมณ์ได้ ทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในด้านความต้องการด้านอารมณ์ด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย

นอกจากนี้ยังพบว่า การที่ญาติผู้ดูแลส่วนมากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ทำให้ต้องมีการบริหารจัดการเวลาให้เหมาะสมทั้งการดำเนินชีวิตและอยู่ในบทบาทญาติผู้ดูแล ซึ่งบางคนจัดสรรเวลาไม่ได้ ทำให้ต้องลาออกจากงานประจำ เพื่อมาเตรียมความพร้อมในการรับบทบาทญาติผู้ดูแล ส่งผลให้เกิดความเครียดและเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ นอกจากนี้ยังพบว่า ครึ่งหนึ่งของญาติผู้ดูแลมีโรคประจำตัว โดยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 74.1) สอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย บุญชูวงศ์และคณะ (2560) ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่พบว่าญาติผู้ดูแลอยู่ในวัยทำงาน บาง

คนลาออกจากงานประจำ และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง โดยโรคประจำตัว อาจจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความไม่มั่นใจ มีความเครียดในการที่จะทำให้อาการตนเองและผู้ป่วยเกิดความ พึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยได้

รวมทั้ง การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65.2) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง โดยมี อายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 48.4) มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว หรือทำงานประจำเพื่อหา รายได้หลักสำหรับครอบครัว แต่ในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดนี้ ทำให้ผู้ป่วย ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ ทำให้ต้องมีการปรับบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ทำให้ญาติ ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลจนทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจได้ นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลบางคนต้องทำงาน ประจำเพื่อหารายได้ และดูแลผู้ป่วยไปด้วย ทำให้ต้องปรับตัว จัดสรรเวลาและใช้ระยะเวลาในการ เรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อม แต่จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าญาติผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแล ผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลส่วนมากใช้เวลา 1-2 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 87.6) และผู้ป่วยมีระยะเวลา พักรักษาตัวที่เฉลี่ย 3.83 วัน ด้วยระยะเวลาที่มีจำกัดอาจจะทำให้ญาติผู้ดูแลไม่เข้าใจแนวทางในการ ดูแลรักษาและการสอนของพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วย ทำให้มีการเตรียมความ พร้อมด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองเพื่อให้เกิดความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2020) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลจะมีการเตรียมความพร้อมด้านการ ดูแลผู้ป่วยและตนเองเพื่อให้เกิดความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย อันเนื่องมาจากการที่ญาติผู้ดูแลอยู่ ในวัยทำงาน หากต้องลางานบ่อยๆ ก็อาจทำให้มีผลต่อรายได้ที่จะนำมาดูแลครอบครัว ทำให้ รายได้ลดลง เกิดความวิตกกังวลในค่าใช้จ่ายทำให้มีการเตรียมความพร้อมด้านความพึงพอใจในการ ดูแลตนเองและผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย

ในขณะที่การได้รับการเตรียมความพร้อมด้านอื่น ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย ด้าน การหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและการดูแล ด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย ด้านการขอ ความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็น และด้านการดูแลผู้ป่วยโดยภาพรวม ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การเตรียมความพร้อมในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ในครั้งนี้ เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความบกพร่องทางระบบประสาท (NIHSS) อยู่ในระดับ ปานกลาง (Moderate stroke) (ร้อยละ 95.7) และมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันดัชนี (BI) ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.4) ไปจนถึงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ร้อย ละ 19.9) ทำให้การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลของบุคคลทางการแพทย์ จึงเน้นความจำเป็นที่ ต้องได้รับการดูแลด้านร่างกายเป็นอย่างมาก เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูศักยภาพให้กับผู้ป่วย โดยพบว่า การเตรียมความพร้อมของพยาบาล ส่วนใหญ่ในทุกโรงพยาบาลที่ดำเนินการวิจัย มุ่งเน้นไปที่การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายโดยเฉพาะ

เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.8) และมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 82.6) โดยที่ญาติผู้ดูแลส่วนมากมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย ซึ่งมีความผูกพัน ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ทำให้มีความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยอีกทั้งเพศหญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนโยน รอบคอบ ถูกคาดหวังว่าจะทำหน้าที่ในการดูแลและจัดการสิ่งต่างๆ โดยเฉพาะการดูแลด้านร่างกาย เช่น การดูแลอาบน้ำ การเช็ดตัว การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกายภาพบำบัด เป็นต้น ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับ Liu et al. (2020) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนมากเป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรส และมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรส มีความสนใจและมีการเตรียมความพร้อมในด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนด้านการหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและการดูแล ด้านการขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็น และด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในด้านดังกล่าวไม่เพียงพอ เช่น แหล่งให้การสนับสนุนช่วยเหลือในเรื่องการให้การดูแลที่อยู่ใกล้บ้าน หากต้องรับการรักษาต่อเนื่อง หรือหากต้องย้ายกลับต่างจังหวัด ญาติผู้ดูแลที่มีความต้องการความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น อาทิเช่น การขอคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง การขออุปกรณ์การช่วยเหลือต่างๆ ได้แก่ การขอสนับสนุนเตียงนอนผู้ป่วย การเปลี่ยนสายยางให้อาหาร การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น รวมไปถึงการไปตรวจที่โรงพยาบาลตามนัดที่ต้องติดตามอาการผู้ป่วย แต่ต้องเปลี่ยนไปใช้บริการโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน การใช้สิทธิ์การรักษาต่างพื้นที่ การดูแลในด้านต่างๆเหล่านี้ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลในการเตรียมความพร้อม ทำให้มีการรับรู้การเตรียมความพร้อมในด้านการหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและการดูแล ด้านการขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็น อยู่ในระดับปานกลาง

นอกจากนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน อาจทำให้ไม่สามารถคาดการณ์สถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยส่วนมากที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมกับการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (ร้อยละ 94.4) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 2 โรค (ร้อยละ 73) โดยพบว่า ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 93.4) ตามมาด้วยโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 60.5) อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงจากโรคร่วมที่เป็น และส่งเสริมให้เกิดการกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ จากการศึกษาของ Boehme et al. (2017); Feigin et al. (2022); Tsao et al. (2022) เกี่ยวกับการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า

การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และไขมันในเลือดสูง สามารถช่วยป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ การกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่อาจจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ซึ่งญาติผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น และหากเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลจะต้องนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที หรือขอความช่วยเหลือจากศูนย์การแพทย์ฉุกเฉินที่ใกล้บ้าน ซึ่งนับว่าเป็นความยุ่งยากที่ญาติผู้ดูแลที่อาจจะต้องเผชิญกับสถานการณ์นี้ ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกกังวลใจและเกิดความไม่มั่นใจในการดูแล จึงส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าได้รับการเตรียมความพร้อมในด้านการหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและการดูแล และด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ตลอดจนทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่า การเตรียมความพร้อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอน ประสบการณ์ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความยึดหยุ่นในชีวิต

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวล และความยึดหยุ่นในชีวิต สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกได้ ร้อยละ 40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .001$  โดยพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุด ( $\beta = -.30, p < .001$ ) รองลงมาคือ ตัวแปรความวิตกกังวล ( $\beta = -.28, p < .001$ ) และ ตัวแปรความยึดหยุ่นในชีวิต ( $\beta = .27, p < .001$ ) ตามลำดับ ส่วนตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์ และระดับการศึกษา ไม่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุดกลุ่ม และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเตรียมความพร้อมในญาติผู้ดูแล ซึ่งหมายความว่า ญาติผู้ดูแลที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนน้อยจะได้รับการเตรียมความพร้อมมาก ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้านแล้ว พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการ ด้านการขาดข้อมูลการวินิจฉัยโรคและความรุนแรง และด้านไม่สามารถทำนายความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค มีความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับน้อย ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2000) เมื่อญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เกิดขึ้นครั้งแรก ถือเป็นภาวะวิกฤติหรือจุดวิกฤติของผู้ป่วยโดยที่ญาติผู้ดูแลไม่เคยประสบมาก่อน ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอน อันเนื่องมาจากเป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เป็นโรคที่มีความรุนแรงต่อชีวิต ต้อง

ได้รับการรักษาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพในภายหลัง หากญาติ ผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอน รู้สึกไม่มั่นคง รู้สึกถึงความไม่พร้อมในการเปลี่ยนผ่าน ทำให้การเข้ามารับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยลดลง ในขณะที่ญาติผู้ดูแลที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับน้อยจะทำให้การเข้ารับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ถึงแม้ว่าจากการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลร้อยละ 85 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ติดเตียง ญาติผู้ดูแล แต่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ติดเตียงมาก่อน (ร้อยละ 96.9) โดยได้รับความรู้จากพยาบาลบนหอผู้ป่วย เป็นระยะเวลา 1-4 วัน รวมทั้งยังพบว่ามีญาติผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมจากพยาบาลบนหอผู้ป่วยและเคยได้รับการอบรมจากหลักสูตรกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 0.6) ทำให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยได้ ทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนทั้งรายด้าน และโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ทำให้ญาติผู้ดูแลมุ่งมั่นที่จะได้รับการเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านบทบาทในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2020); Ni et al. (2018) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านทำให้มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับน้อยและมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง

เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Byun et al. (2016) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจำนวน 40 คน พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงมีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมทำให้มีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับน้อย โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุด ซึ่งสามารถทำนายการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นพยาบาลควรมีการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนเพื่อให้การพยาบาลในการลดความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งจะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่แสดงลักษณะความรู้สึกตึงเครียด เป็นความรู้สึกไม่สบายใจของญาติผู้ดูแลเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดขาดเลือดครั้งแรกจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเมื่อญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลมากจะมีผลทำให้การเตรียมความพร้อมลดลง และมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า การที่ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการเตรียมความ

พร้อมนั้น เกิดจากการที่ญาติผู้ดูแลมีส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งเป็นวัยทำงาน และมีหน้าที่รับผิดชอบที่หลากหลาย ทำให้ต้องหาความสมดุลระหว่างการทำงาน การดำเนินชีวิต และการจัดสรรเวลาเพื่อมาเตรียมความพร้อมในการรับบทบาทญาติผู้ดูแล รวมทั้งการหารายได้เพื่อมาดูแลครอบครัวและผู้ป่วย ถึงแม้ว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 15,001-20,000 บาท และโดยส่วนใหญ่ประเมินว่ามีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ตลอดจนมีรายได้เหลือเก็บ ถึงร้อยละ 98.1 แต่ความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถหลงเหลือความพิการ และต้องมีความพึ่งพา ซึ่งทำให้ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายตามมา โดยเฉพาะในการศึกษานี้ที่ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง (ร้อยละ 95.7) และผู้ป่วย 1 ใน 3 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จนถึงช่วยเหลือตนเองได้น้อย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความพิการหลงเหลือ ทำให้ญาติเกิดความวิตกกังวล นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลบางคนหากจะต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วยหรือต้องลางานบ่อยๆ เพื่อมาดูแลผู้ป่วย ก็จะมีผลทำให้มีรายได้ลดลง ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นทั้งในด้านการทำงาน การเงิน ทำให้มีผลต่อการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hebdon et al. (2022) ที่พบว่า ความท้าทายทางการเงิน และการหยุดชะงักในการทำงานประจำวันของญาติผู้ดูแล ทำให้เกิดความวิตกกังวล และเมื่อมีความวิตกกังวลมากก็จะทำให้การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลลดลง

รวมทั้งการที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 50.3) โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 74.1) และการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร่วมนอกจากโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 94.4) โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคร่วมนี้ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคถึงร้อยละ 85.5 ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลทั้งการดูแลตนเองและการดูแลผู้ป่วย จึงส่งผลกระทบต่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ดังจะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลทางลบต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ผลการศึกษานี้สนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2000) ซึ่งความวิตกกังวล เป็นตัวบ่งชี้กระบวนการการพัฒนาคความเชื่อมั่นและการจัดการ (Developing confidence and coping) ที่บ่งบอกถึงการตอบสนองของญาติผู้ดูแลหากญาติผู้ดูแลที่ไม่สามารถปรับตัวได้ โดยความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นก็จะทำให้การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลลดลง ดังนั้น เมื่อพยาบาลประเมินพบว่าญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวล จึงควรให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลและประเมินซ้ำ ก่อนการเตรียมความพร้อม เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแลได้อย่างราบรื่น พร้อมทั้งได้รับการเตรียมความพร้อมมากขึ้น

ความยืดหยุ่นในชีวิต เป็นความสามารถของบุคคลที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการจัดการและการปรับตัวที่ดี เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความยากลำบากในชีวิตเพื่อลดผลกระทบจากสถานการณ์ความยากลำบากนั้น ๆ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความยืดหยุ่นในชีวิตก่อนไปทางมาก โดยที่ความยืดหยุ่นในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอิทธิพลทางบวกต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2000) ซึ่งความยืดหยุ่นในชีวิตเป็นปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านด้านบุคคล โดยเป็นศักยภาพหรือความสามารถส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกที่ส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนผ่านที่ราบรื่น เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์การที่ตึงเครียด ปัญหาและอุปสรรคในชีวิตที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านจากบทบาทสมาชิกในครอบครัวเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งแรก ซึ่งการเปลี่ยนผ่านที่ประสบความสำเร็จจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถทั้งในด้านทักษะ และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นในการจัดการกับสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ญาติผู้ดูแลที่มีความยืดหยุ่นสูงจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลมากขึ้น และสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส และมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย ทำให้ต้องมีความรับผิดชอบหลายอย่าง ทำให้มีความอดทน และพยายามปรับตัวในการดูแลครอบครัว นอกจากนี้ ความใกล้ชิดและความผูกพันเนื่องจากเป็นคู่สมรส ทำให้มีความรัก เอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้มีความยืดหยุ่นในชีวิตสูง และมีผลทำให้มีการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลาง และยังพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนมากได้รับการอบรมจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/คิดเพียงมาก่อน (ร้อยละ 96.9) โดยได้รับความรู้จากพยาบาลบนหอผู้ป่วยมากที่สุดที่ระยะเวลา 1-2 วัน (ร้อยละ 73) ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความยืดหยุ่นสูง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gutierrez-Baena and Romero-Grimaldi (2022) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองแตก ในประเทศสเปน ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว มีความสัมพันธ์เป็นญาติและคู่สมรส โดยส่วนมากได้รับการอบรมจากพยาบาลบนหอผู้ป่วย ทำให้มีความยืดหยุ่นในชีวิตสูง และมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ( $\beta = .46, p < .001$ ) ดังนั้นความยืดหยุ่นในชีวิตทำให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบากได้มากขึ้น และช่วยเพิ่มทักษะความสามารถในการดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น

ในส่วนของปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ได้แก่ ประสบการณ์ ระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายได้ดังนี้

ประสบการณ์ จากผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) โดยผลการศึกษาครั้งนี้ ญาติผู้ดูแลส่วนมากไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ติดเตียงมาก่อน ทำให้ญาติผู้ดูแลทุกคนต้องได้รับการเตรียมความพร้อมใหม่เหมือนกันทั้งหมด การมีหรือไม่มีประสบการณ์จึงไม่เป็นทั้งปัจจัยเอื้อหรืออุปสรรคในการเตรียมความพร้อมของการเปลี่ยนผ่านบทบาทญาติผู้ดูแล ผลการศึกษานี้สนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2000) ในส่วนของการให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Meanings) ซึ่งประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลมีส่วนช่วยในการช่วยประเมินตัดสินใจการเปลี่ยนผ่านว่ามีผลทางบวกหรือทางลบ หรือผลกลางๆ ต่อชีวิตตน ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการเปลี่ยนผ่าน อาจมีส่วนเอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่าน การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2020) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศจีน ที่พบว่า ประสบการณ์มีอิทธิพลทางบวกกับการเตรียมความพร้อม ทั้งนี้ การศึกษาของ Liu ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับน้อยกว่าหรืออยู่ในระดับประถมศึกษา ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่ามีความรู้ไม่เพียงพอ ไม่สามารถจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ทำให้ต้องมารับการเตรียมความพร้อมเพิ่มขึ้น แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ถึงแม้ว่าญาติจะไม่มีประสบการณ์มาก่อน แต่ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ทำให้ญาติสามารถเรียนรู้และเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ง่าย จึงทำให้ประสบการณ์ที่มีหรือไม่มี ไม่เป็นทั้งอุปสรรคหรือปัจจัยเสริมต่อการเตรียมความพร้อม ส่งผลให้ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประสบการณ์ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อม

ระดับการศึกษา จากผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ทำให้ญาติผู้ดูแลแต่ละคนไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแล ทำให้ต้องเรียนรู้ใหม่ ทั้งในส่วนของเรื่องโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ไม่ว่าจะมีการศึกษาในระดับที่แตกต่างกันออกไป ญาติผู้ดูแลทุกคนจะได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยใหม่เหมือนกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gutierrez-Baena and Romero-Grimaldi (2022) และ Shyu et al.

(2008) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต้องอาศัยทักษะ ความรู้เรื่องโรค และความสามารถที่ไม่ได้สอนในบริบทการศึกษาที่เป็นทางการ และผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นไม่ได้สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ( $p = .459$ ) ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2000) ในส่วนการเตรียมความพร้อมและความรู้ (Preparation and knowledge) การมีความรู้จะเป็นแนวทางในการจัดการกับเหตุการณ์ ช่วยให้มีการเปลี่ยนผ่านที่ดี เมื่อบุคคลมีความรู้และการเตรียมความพร้อมที่ดี ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความสอดคล้องกับบริบท หรือเหตุการณ์ที่กำลังประสบอยู่ บุคคลนั้นสามารถผ่านกระบวนการเปลี่ยนผ่านไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนผ่านจากบทบาทสมาชิกในครอบครัวไปสู่บทบาทญาติผู้ดูแล ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งอยู่นอกเหนือความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาในระดับการศึกษาต่างๆ และการได้รับการเตรียมความพร้อมมีส่วนในการช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสามารถในการเปลี่ยนผ่านได้

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกได้รับการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย ผ่านช่องทางต่างๆทางสังคม เช่น จากบุคคลอื่น กลุ่มชุมชน เป็นต้น อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูล และด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากรอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับน้อย ( $r = .340, p < .001$ ) แต่ไม่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อม สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว จะมีสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 2 คน และส่วนใหญ่เป็นบุตรและคู่สมรส ซึ่งในบริบทของสังคมไทย การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันในครอบครัวเป็นเอกลักษณ์ของสังคมไทย โดยเฉพาะในการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนครั้งแรกยังเป็นแรงผลักดันให้ญาติผู้ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ดังจะเห็นว่ามี การสนับสนุนในด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากรอยู่ในระดับมาก รวมทั้งการได้รับการอบรมจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ติดเตียงมาก่อน (ร้อยละ 96.9) โดยได้รับความรู้จากพยาบาลบนหอผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1-2 วัน ทำให้มีการสนับสนุนด้านข้อมูลอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้การที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่สูงและเพียงพอเหมือนกัน จึงไม่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลทำให้ไม่มีความสามารถในการทำนายการเตรียมความพร้อมของญาติ

## ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาล ที่ทำหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแล ควรเตรียมความพร้อมให้ครอบคลุมทุกด้านอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะควรมีการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลในการดูแลตนเอง เนื่องจากการเตรียมความพร้อมส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การดูแลผู้ป่วย และยังไม่ครอบคลุมสำหรับญาติผู้ดูแลในการดูแลตนเอง ไม่ให้เกิดความเครียดจากการดูแล เกิดความพึงพอใจในการดูแล และการเข้าใจด้านการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วย เพราะเมื่อญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจอารมณ์การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย มีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยและเกิดความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยและตนเอง จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพจิตใจและสุขภาพร่างกายที่ดี ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถรับการเตรียมความพร้อมได้ดีมากขึ้น สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแลได้โดยไม่เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

2. พยาบาลควรมีการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอน เพื่อให้การพยาบาลในการลดความรู้สึกไม่แน่นอน เนื่องจากหากญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในด้านต่างๆ ในระดับปานกลางถึงสูงจะมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมทำให้การเตรียมความพร้อมลดลง รวมทั้งควรมีการประเมินความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลทั้งก่อนการเตรียมความพร้อมและประเมินเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การพยาบาลในการลดความวิตกกังวล ซึ่งจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแลได้อย่างราบรื่น

## ข้อเสนอแนะด้านการวิจัยทางการพยาบาล

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อม และศึกษาผลของโปรแกรมในการเตรียมความพร้อมในการดูแลสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก โดยเฉพาะเพิ่มเติมในส่วนของการดูแลตนเองของญาติ การส่งเสริมความยืดหยุ่นในชีวิต การการลดความรู้สึกไม่แน่นอน และลดความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแล

## บรรณานุกรม

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2555). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล (พิมพ์ครั้งที่ 20).  
ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ช่อผกา สุทธิพงศ์ และศิริอร สิ้นธุ. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรค  
หลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(1), 28-39.
- ชูชื่น ชิวพูนผล. (2541). อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติ  
ผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
ลุกลาม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณิชชากรีย์ พิริยจรัสชัย และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2561). ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารพยาบาลทหารบก*,  
19, 231-240.
- ดวงเดือน สุวรรณพันธ์. (2544). ผลของการได้รับข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้สีก้าวต่อความรู้สึกไม่  
แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ. [วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพย์ลดา บุญชัย. (2564). การศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน  
ด้วยวิธีการผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลตราง. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือด  
สมองไทย*, 20(3-21).
- ธนบูรณ์ วรกิจธำรงค์ชัย. (2017). Endovascular Treatment in Acute Ischemic Stroke. *วารสารสมาคม  
โรคหลอดเลือดสมองไทย* 16(3), 5-13.
- รัชมย์ สมิตะสิริ และวิฑูรย์ จันทรโรทัย. (2564). ผลการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะ  
เฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยา Recombinant Tissue Plasminogen Activator ทางหลอดเลือด  
ดำของโรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 4(3), 195-204.
- นันทพร ทองเต็ม, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช และศรัณยา โฆสิตะมงคล. (2565). ปัจจัยทำนาย  
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาล  
ศาสตร์*, 40(3), 76-89.
- นันทกาญจน์ ปักยี, ชุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปริดา มั่นคง และสิริรัตน์ ทีลาจรัส. (2559). ผลของ  
โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจาก  
โรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อ  
บริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 22(1), 65-80.

- นิภาพร บุตรสิงห์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(3), 15-29.
- นิรชา ภูวนารักษ์ และภักวีร์ นาคะวิโร. (2563). ความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลางที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม* 18(2), 72-80.
- บุญมี ภูค่านงัว. (2556). ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน: การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลครอบครัว. *วารสารการพยาบาล*, 28(4), 107-120.
- เปรมกมล ภัทรอิทธิกุล และศุภัญช์พัฒน์ ออรพินท์. (2564). การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบตัน. *วารสารสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, 24-51.
- พรพิมล มาศสกุลพรรณ, ทิพย์รัตน์ ศฤงคารินกุล, กาญจนา รุ่งทอง, พรทิพย์พา ชิมายอม, และ พรพิมล วิเชียรไพศาล. (2559). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. บริษัทชนาพรส จำกัด.
- พรภัทร ชรรณสโรช. (2555). พยาธิสรีรวิทยา อาการและการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน. ใน *โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน* (หน้า 22-45).
- พร้อมจิต ศรียาภัย, รุ่งทิพย์ สร้อยอัมพรกุล, นฤมล คงสาคร, มาลัย ทวีโชติภัทร์, วาสนา สุขุมศิริชาติ, และ ภนารี บุญราคัมตระกูล. (2563). ระดับของนิ่วโรโทรฟิกแฟกเตอร์จากสมองในซีรัมกับระดับไขมันในซีรัมและการรู้คิดของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์คนไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)*, 12(24).
- เพ็ญวิสาข์ วุฒิมากร. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ภรภัทร อิมโอสู, นงพิมล นิมิตรอนันท์, สุพัฒนา คำสอน และจารุวรรณ เหมะชร. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 15(2), 130-141.
- มิรันตี แพงงา, ชนัญญา จิรพรกุล, กมล ศรีสว่างวงศ์, และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(2), 42-52.

- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 84-94.
- รัชชก ทรงทรัพย์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิทยาลัยแพทยจุฬาลงกรณ์แห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางการรักษาและให้ยาละลายลิ่มเลือดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองตีบฉับพลันภายนอกโรงพยาบาลและที่ห้องฉุกเฉินปี พ.ศ. 2563. <https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000167/2563/km/260563.pdf>
- วิไลพร พุททวงศ์, วิริทธิ์ กิตติพิชัย, ทศนีย์ ศิวาวรรณ, และ โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์. (2557). ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 40(1), 39-40.
- วิราพร พงศ์อาจารย์. (2542). ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการวิจัย. คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏพิบูลสงคราม.
- ศรีพร รอดแก้ว, อรทัย นนทเกท, และเรวดี เพชรศิราพันธ์. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(2), 120-130.
- ศรารินทร์ พิทยะพงษ์. (2561). สถานการณ์ ปัญหา และ อุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 11(26-39).
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2563). สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*, 22(4), 54-60.
- สายพิน เกษมกิจวัฒน์ และ ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล* 29(4), 22-31.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2565). รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. [http://203.157.133.41:8080/plan\\_doc/document\\_files/20221228-1672218659.pdf](http://203.157.133.41:8080/plan_doc/document_files/20221228-1672218659.pdf)
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). *ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2565). จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน ปี 2560 - 2562 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, COPD)ต่อประชากรแสนคน 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) จำแนกรายจังหวัด เขตบริการสุขภาพ และภาพรวมประเทศ (รวมกรุงเทพมหานคร). <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2566). กลุ่มรายงานมาตรฐานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ อัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมอง. [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/format\\_1.php&cat\\_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=b717285d1ebab38e6cf30ca2846317cd](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/format_1.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=b717285d1ebab38e6cf30ca2846317cd)
- สุทิสรา เรืองรัมย์. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไมเอสที่เนื้องอกวิทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพพตา เมธารักษ์ชีพ และชนบูรณ์ วรกิจธำรงค์ชัย. (2563). ยาด้านเกล็ดเลือดในโรคสมองขาดเลือดและภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*, 19(2), 31-44.
- สุภาพ อารีเอื้อ และพิชญ์ประอร ยังเจริญ. (2563). แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อฉบับภาษาไทย : การทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยา. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 26(2), 188-202.
- สุภารัตน์ วินิจปริชากุล. (2561). Cryptogenic Stroke. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*, 17(1), 19-31.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ธรณินทร์ กองสุข, ณรงค์ มณีทอง, เบญจลักษณ์ มณีทอง, กมลเนตร วรรณเสวก, และ จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน. (2550). การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถามในชุมชนไทยอีสาน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(2), 138-148.
- เสาวนีย์ เปรมทอง และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2561). ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 221-230.
- อรทัย บุญชูวงศ์, จงจิต เสน่หา, วันเพ็ญ ภิญ โยภาสกุล และยงชัย นิละนนท์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 35(5), 46-57.
- อ้อมใจ แก้วประหลาด, หทัยชนก บัวเจริญ และรัชนิ นามจันทร์. (2552). การศึกษาการดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก. *วารสารมวก.วิชาการ*, 13(25), 41-51.

- อารีย์ มั่งเกียรติสกุล. (2543). *การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวในวัยรุ่นโรคมะเร็ง*  
[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอนกพงศ์ อ้อยคำ, ลัทวี ปิยะบัณฑิตกุล, และวิริณีย์ กิตติพิชัย. (2563). ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 14(2), 82-92.
- Adeoye, O., Nystrom, K. V., Yavagal, D. R., Luciano, J., Nogueira, R. G., Zorowitz, R. D., . . . Jauch, E. C. (2019). Recommendations for the establishment of stroke systems of care: A 2019 update. *Stroke*, 50(7), e187-e210. <https://doi.org/10.1161/STR.000000000000173>
- Amarenco, P., Labreuche, J., & Touboul, P. J. (2008). High-density lipoprotein-cholesterol and risk of stroke and carotid atherosclerosis: a systematic review. *Atherosclerosis*, 196(2), 489-496. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2007.07.033>
- Aqueveque, P., Ortega, P., Pino, E., Saavedra, F., Germany, E., & Gómez, B. (2017). After stroke movement impairments: A review of current technologies for rehabilitation. In *Physical Disabilities - Therapeutic Implications*. <https://doi.org/10.5772/67577>
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*, 13, 375-384.
- Asplund, K., Karvanen, J., Giampaoli, S., Jousilahti, P., Niemela, M., Broda, G., . . . Project, M. (2009). Relative risks for stroke by age, sex, and population based on follow-up of 18 European populations in the MORGAM Project. *Stroke*, 40(7), 2319-2326. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.547869>
- Banda, K. J., Chu, H., Kang, X. L., Liu, D., Pien, L. C., Jen, H. J., . . . Chou, K. R. (2022). Prevalence of dysphagia and risk of pneumonia and mortality in acute stroke patients: a meta-analysis. *BMC geriatrics*, 22(1), 420. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02960-5>
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185-216. <https://doi.org/10.1177/135910457000100301>
- Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). Engle Wood Clift, NJ: Prentice Hall. .
- Betts, K. A., Hurley, D., Song, J., Sajeev, G., Guo, J., Du, E. X., . . . Wu, E. Q. (2017). Real-world outcomes of acute ischemic stroke treatment with intravenous recombinant tissue plasminogen activator. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 26(9), 1996-2003.

- Blanton, S., Clark, P. C., Cotsonis, G., & Dunbar, S. B. (2020). Factors associated with depressive symptoms of carepartners of stroke survivors after discharge from rehabilitation therapy. *Topics in stroke rehabilitation, 27*(8), 590-600.  
<https://doi.org/10.1080/10749357.2020.1738678>
- Brooke, P., & Bullock, R. (1999). Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *International journal of geriatric psychiatry, 14*(11), 936-940.
- Boehme, A. K., Esenwa, C., & Elkind, M. S. (2017). Stroke risk factors, genetics, and prevention. *Circ Res, 120*(3), 472-495. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308398>
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6 ed.). Saunders Elsevier, St. Louis.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, Critique and Utilization*.
- Byun, E., Riegel, B., Sommers, M., Tkacs, N., & Evans, L. (2016). Caregiving immediately after stroke: A study of uncertainty in caregivers of older adults. *The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses, 48*(6), 343-351.  
<https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000238>
- Camicia, M., Lutz, B. J., Harvath, T., Kim, K. K., Drake, C., & Joseph, J. G. (2020). Development of an instrument to assess stroke caregivers' readiness for the transition home. *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses, 45*(5), 287-298. <https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000204>
- Camicia, M., Lutz, B. J., Harvath, T. A., & Joseph, J. G. (2021). Using the preparedness assessment for the transition home after stroke instrument to identify stroke caregiver concerns predischarge : Uncertainty, anticipation, and cues to action. *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses, 46*(1), 33-42.  
<https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000267>
- Camicia, M., Lutz, B. J., & Theodore, B. R. (2022). The preparedness assessment for the transition home after stroke predicts key domains of caregiver health. *Topics in stroke rehabilitation, 1*-9. <https://doi.org/10.1080/10749357.2022.2038835>
- Caplan, L. R. (2015). Lacunar infarction and small vessel disease: Pathology and pathophysiology. *Journal Stroke, 17*(1), 2-6. <https://doi.org/10.5853/jos.2015.17.1.2>

- Chen, L., Xiao, L. D., & Chamberlain, D. (2022). Exploring the shared experiences of people with stroke and caregivers in preparedness to manage post-discharge care: A hermeneutic study. *Journal Advance Nursing, 78*(9), 2983-2999. <https://doi.org/10.1111/jan.15275>
- Chen, L., Xiao, L. D., Chamberlain, D., & Newman, P. (2021). Enablers and barriers in hospital-to-home transitional care for stroke survivors and caregivers: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing, 30*(19-20), 2786-2807. <https://doi.org/10.1111/jocn.15807>
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. *Nursing research methodology, 237-257*.
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety, 18*(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Craig, L., Hoo, Z. L., Yan, T. Z., Wardlaw, J., & Quinn, T. J. (2022). Prevalence of dementia in ischaemic or mixed stroke populations: systematic review and meta-analysis. *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry, 93*(2), 180-187. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2020-325796>
- Dalgaard, F., Xu, H., Matsouaka, R. A., Russo, A. M., Curtis, A. B., Rasmussen, P. V., . . . Al-Khatib, S. M. (2020). Management of atrial fibrillation in older patients by morbidity burden: insights from get with the guidelines-atrial fibrillation. *Journal of the American Heart Association, 9*(23), e017024. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.017024>
- Deb, P., Sharma, S., & Hassan, K. M. (2010). Pathophysiologic mechanisms of acute ischemic stroke: An overview with emphasis on therapeutic significance beyond thrombolysis. *Pathophysiology, 17*(3), 197-218. <https://doi.org/10.1016/j.pathophys.2009.12.001>
- Di Napoli, M. (2009). Caplan's stroke: A clinical approach. *JAMA, 302*(23), 2600-2601. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1776>
- Dionne-Odom, J. N., Azuero, A., Taylor, R. A., Wells, R. D., Hendricks, B. A., Bechthold, A. C., . . . Rosenberg, A. R. (2021). Resilience, preparedness, and distress among family caregivers of patients with advanced cancer. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 29*(11), 6913-6920. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06265-y>

- 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 : official journal of the International Stroke Society*, 17(1), 18-29. <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>
- Ferdous, F., Serrat, D. M. M., Rahman, S. S., Alam, M. F., Ali, J. I., & Chakravarty, H. (2022). Language impairment among post stroke patients: Observation through neurolinguistic approach. *Neurología Argentina*, 14(1), 56-60. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2021.03.005>
- GBD 2019 Stroke Collaborators, Feigin, V. L., Stark, B. A., Johnson, C. O., Abady, G. G., Abbasifard, M., . . . Wolfe, C. D. A. (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Neurology*, 20(10), 795-820. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(21)00252-0)
- Gretarsdottir, S., Thorleifsson, G., Manolescu, A., Stykarsdottir, U., Helgadóttir, A., Gschwendtner, A., . . . Stefansson, K. (2008). Risk variants for atrial fibrillation on chromosome 4q25 associate with ischemic stroke. *Annals of neurology*, 64(4), 402-409. <https://doi.org/10.1002/ana.21480>
- Grossman, S. C., Porth, C. M., Conelius, C. B., Gerard, S. O., Grossman, L., Kessler, T., . . . Steiert, P. S. (2014). Cerebrovascular disease. In Christine K. in (Ed.), *PORTH'S PATHOPHYSIOLOGY Concepts of Altered Health States* (9<sup>th</sup> ed., pp. (pp. 506-515)). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7<sup>th</sup> ed.). MO: Elsevier.
- Guo, J., Wang, J., Sun, W., & Liu, X. (2022). The advances of post-stroke depression: 2021 update. *Journal Neurol*, 269(3), 1236-1249. <https://doi.org/10.1007/s00415-021-10597-4>
- Gutierrez-Baena, B., & Romero-Grimaldi, C. (2022). Predictive model for the preparedness level of the family caregiver. *International journal of nursing practice*, 28(3), e13057. <https://doi.org/10.1111/ijn.13057>

- Hackshaw, A., Morris, J. K., Boniface, S., Tang, J. L., & Milenković, D. (2018). Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: Meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ (Clinical research ed.)*, *360*, j5855. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5855>
- Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L., & Bartolucci, A. A. (1987). Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging*, *2*(4), 323-330. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.2.4.323>
- Hamid, G. M., & MacKenzie, M. A. (2017). CE: Early intervention in patients with poststroke depression. *AJN The American Journal of Nursing*, *117*(7), 32-40. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000520919.26724.9b>
- Hansen, C. P., Overvad, K., Kyro, C., Olsen, A., Tjønneland, A., Johnsen, S. P., . . . Dahm, C. C. (2017). Adherence to a healthy nordic diet and risk of stroke: A danish cohort study. *Stroke*, *48*(2), 259-264. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.015019>
- Hazelton, C., Brady, M. C., Chung, C., Campbell, P., Dorris, L., Gillespie, D., . . . Williams, L. (2021). Perceptual disorders after stroke Intervention evidence review (PIONEER): A scoping review and cochrane review revision and expansion: Study protocol. *Health Technology Assessment*.
- Hazelton, C., McGill, K., Campbell, P., Todhunter-Brown, A., Thomson, K., Nicolson, D. J., . . . Brady, M. C. (2022). Perceptual Disorders After Stroke: A Scoping Review of Interventions. *Stroke*, *53*(5), 1772-1787. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.035671>
- Hebdon, M. C. T., Xu, J., Reblin, M., Clayton, M. F., Mooney, K., & Ellington, L. (2022). Balancing work and hospice caregiving- a closer look at burden, preparedness, and mental health. *Journal of pain and symptom management*, *63*(2), 283-292. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.08.003>
- Hesamzadeh, A., Dalvandi, A., Bagher Maddah, S., Fallahi Khoshknab, M., Ahmadi, F., & Mosavi Arfa, N. (2017). Family caregivers' experience of activities of daily living handling in older adult with stroke: a qualitative research in the Iranian context. *Scandinavian journal of caring sciences*, *31*(3), 515-526. <https://doi.org/10.1111/scs.12365>

- Hickey, A., O'Hanlon, A., McGee, H., Donnellan, C., Shelley, E., Horgan, F., & O'Neill, D. (2009). Stroke awareness in the general population: knowledge of stroke risk factors and warning signs in older adults. *BMC Geriatr*, 9, 35. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-9-35>
- Horowitz, A., & Shindelman, L. W. (1983, 1983/03/30). Reciprocity and affection. *Journal of Gerontological Social Work*, 5(3), 5-20. [https://doi.org/10.1300/J083V05N03\\_02](https://doi.org/10.1300/J083V05N03_02)
- House. (1981). *Work Stress and Social Support*. Addison-Wesley Publishing Company. <https://books.google.co.th/books?id=qO2RAAAIAAJ>
- House, J. S. (1981). Work stress and social support [Electronic Resource]. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=edsoid&AN=edsoid.ocrn894457681&lang=th&site=eds-live&custid=s7984883><http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015071886035>; <http://hdl.handle.net/2027.42/99210>
- Jacob, L., & Kostev, K. (2020). Urinary and fecal incontinence in stroke survivors followed in general practice: A retrospective cohort study. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 63(6), 488-494. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2019.12.007>
- Jiru-Hillmann, S., Gabriel, K. M. A., Schuler, M., Wiedmann, S., Muhler, J., Dotter, K., . . . Heuschmann, P. U. (2022). Experiences of family caregivers 3-months after stroke: results of the prospective trans-regional network for stroke intervention with telemedicine registry (TRANSIT-Stroke). *BMC geriatrics*, 22(1), 228. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02919-6>
- Karabulutlu, E. Y., Turan, G. B., & YanmıŞ, S. (2022). Evaluation of care burden and preparedness of caregivers who provide care to palliative care patients. *Palliative & Supportive Care*, 20(1), 30-37. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S1478951521000213>
- Kaufman, B. G., Shah, S., Hellkamp, A. S., Lytle, B. L., Fonarow, G. C., Schwamm, L. H., . . . Bettger, J. P. (2020). Disease burden following non-cardioembolic minor ischemic stroke or high-risk TIA: A GWTG-stroke study. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association*, 29(12), 105399. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105399>

- Kernan, W. N., Ovbiagele, B., Black, H. R., Bravata, D. M., Chimowitz, M. I., Ezekowitz, M. D., & Wilson, J. A. (2014). Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, *45*(7), 2160-2236.  
<https://doi.org/10.1161/str.0000000000000024>
- Kilkenny, M. F., Dalli, L. L., Kim, J., Sundararajan, V., Andrew, N. E., Dewey, H. M., & Cadilhac, D. A. (2020). Factors associated with 90-day readmission after stroke or transient ischemic attack. *Stroke*, *51*(2), 571-578. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.119.026133>
- Kim, B. R., Lee, J., Sohn, M. K., Kim, D. Y., Lee, S. G., Shin, Y. I., & Kim, Y. H. (2017). Risk factors and functional impact of medical complications in stroke. *Annals of rehabilitation medicine*, *41*(5), 753-760. <https://doi.org/10.5535/arm.2017.41.5.753>
- Kleindorfer, D. O., Towfighi, A., Chaturvedi, S., Cockcroft, K. M., Gutierrez, J., Lombardi-Hill, D., & Williams, L. S. (2021). 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, *52*(7), e364-e467.  
<https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000375>
- Kuzmik, A., Boltz, M., Resnick, B., & BeLue, R. (2021). Evaluation of the caregiver preparedness scale in African American and white caregivers of persons with dementia during post-hospitalization transition. *Journal of nursing measurement*. <https://doi.org/10.1891/jnm-d-20-00087>
- Lahiri, D., Dubey, S., Ardila, A., Sawale, V. M., Roy, B. K., Sen, S., & Gangopadhyay, G. (2020). Incidence and types of aphasia after first-ever acute stroke in Bengali speakers: Age, gender, and educational effect on the type of aphasia. *Aphasiology*, *34*(6), 709-722.  
<https://doi.org/10.1080/02687038.2019.1630597>
- Lee, C. D., & Blair, S. N. (2002). Cardiorespiratory fitness and stroke mortality in men. *Medicine and science in sports and exercise*, *34*(4), 592-595. <https://doi.org/10.1097/00005768-200204000-00005>

- Lehnerer, S., Hotter, B., Padberg, I., Knispel, P., Remstedt, D., Liebenau, A., & Group, B. S. A. L. T. C. S. (2019). Social work support and unmet social needs in life after stroke: A cross-sectional exploratory study. *BMC Neurol*, *19*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12883-019-1451-y>
- Li, J., & Song, Y. (2019). Formal and Informal care. In D. Gu & M. E. Dupre (Eds.), *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging* (pp. 1-8). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2\\_847-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_847-1)
- Lightbody, C. E., Clegg, A., Patel, K., Lucas, J. C., Storey, H., Hackett, M. L., & Watkins, D. C. L. (2017). Systematic review and meta-analysis of psychosocial risk factors for stroke. *Seminars in neurology*, *37*(3), 294–306. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1603758>
- Lin, M. P., Ovbiagele, B., Markovic, D., & Towfighi, A. (2016). Association of secondhand smoke with stroke outcomes. *Stroke*, *47*(11), 2828–2835. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.014099>
- Liu, J., Liu, Q., Huang, Y., Wang, W., He, G., & Zeng, Y. (2020). Effects of personal characteristics, disease uncertainty and knowledge on family caregivers' preparedness of stroke survivors: a cross-sectional study. *Nursing & health sciences*, *22*(4), 892-902. <https://doi.org/10.1111/nhs.12743>
- Loh, A. Z., Tan, J. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2017). The global prevalence of anxiety and depressive symptoms among caregivers of stroke survivors. *Journal of the American Medical Directors Association*, *18*(2), 111-116. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.08.014>
- Lutz, B. J., Young, M. E., Creasy, K. R., Martz, C., Eisenbrandt, L., Brunny, J. N., & Cook, C. (2017). Improving Stroke Caregiver Readiness for Transition From Inpatient Rehabilitation to Home. *Gerontologist*, *57*(5), 880-889. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw135>
- Matarin, M., Singleton, A., Hardy, J., & Meschia, J. (2010). The genetics of ischaemic stroke. *Journal Intern Med*, *267*(2), 139-155. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2009.02202.x>
- McLennon, S. M., Bakas, T., Jessup, N. M., Habermann, B., & Weaver, M. T. (2014). Task difficulty and life changes among stroke family caregivers: relationship to depressive symptoms. *Arch Phys Med Rehabil*, *95*(12), 2484-2490. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.04.028>

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Menon, B., Salini, P., Habeeba, K., Conjeevaram, J., & Munisusmitha, K. (2017). Female caregivers and stroke severity determines caregiver stress in stroke patients. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 20(4), 418-424. [https://doi.org/10.4103/aian.AIAN\\_203\\_17](https://doi.org/10.4103/aian.AIAN_203_17)
- Mente, A., O'Donnell, M., & Yusuf, S. (2021). Sodium intake and health: What should we recommend based on the current evidence? *Nutrients*, 13(9). <https://doi.org/10.3390/nu13093232>
- Mishel, M. H. (1983). Adjusting the fit: development of uncertainty scales for specific clinical populations. *Western Journal of Nursing Research*, 5(4), 355-370. <https://doi.org/10.1177/019394598300500408>
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Journal of nursing scholarship*, 22(4), 256-262. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00225.x>
- Mitchell, C., Gittins, M., Tyson, S., Vail, A., Conroy, P., Paley, L., & Bowen, A. (2020). Prevalence of aphasia and dysarthria among inpatient stroke survivors: describing the population, therapy provision and outcomes on discharge. *Aphasiology*, 35(7), 950-960. <https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1759772>
- Mittleman, M. A., & Mostofsky, E. (2011). Physical, psychological and chemical triggers of acute cardiovascular events: preventive strategies. *Circulation*, 124(3), 346-354. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.110.968776>
- Moon, M. (2017). The Unprepared Caregiver. *Gerontologist*, 57(1), 26-31. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw080>
- Moser Dk Fau - Kimble, L. P., Kimble Lp Fau - Alberts, M. J., Alberts Mj Fau - Alonzo, A., Alonzo A Fau - Croft, J. B., Croft Jb Fau - Dracup, K., Dracup K Fau - Evenson, K. R., & Zerwic, J. J. (2006). Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke: a scientific statement from the American Heart Association Council on cardiovascular nursing and stroke council. (1524-4539 (Electronic)).

- Mou, H., Wong, M. S., & Chien, W. T. (2021). Effectiveness of dyadic psychoeducational intervention for stroke survivors and family caregivers on functional and psychosocial health: A systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, *120*, 103969.
- Nadler, M., Pauls, M., Cluckie, G., Moynihan, B., & Pereira, A. C. (2020). Shoulder pain after recent stroke (SPARS): hemiplegic shoulder pain incidence within 72hours post-stroke and 8-10 week follow-up (NCT 02574000). *Physiotherapy*, *107*, 142-149.  
<https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.08.003>
- Najib, N. A.-O., Magin, P., Lasserson, D., Quain, D., Attia, J., Oldmeadow, C., & Levi, C. (2019). Contemporary prognosis of transient ischemic attack patients: A systematic review and meta-analysis. (1747-4949 (Electronic)).
- Nakajima, S. H., & Chester, K. W. (2020). Acute Ischemic Stroke. In *PSAP 2020 Book 1 Critical and Urgent Care* (pp. 7-32).
- Olson, D. W. M., & Juengst, S. B. (2019). The hospital to home transition following acute stroke. *Nursing Clinics of North America*, *54*(3), 385-397.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.04.007>
- Onu, D. U., Orjiakor, C. T., Onyedire, N. G., Amazue, L. O., & Allison, T.-J. (2021). Preparedness for caregiving moderates the association between burden and health-related quality of life among family caregivers of stroke patients in Nigeria. *South African Journal of Psychology*, *52*(3), 338-350. <https://doi.org/10.1177/00812463211048755>
- Ortiz, G., & Sacco, R. L. (2014). National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS).
- Peters, S. A., Huxley, R. R., & Woodward, M. (2014). Diabetes as a risk factor for stroke in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of 64 cohorts, including 775,385 individuals and 12,539 strokes. (1474-547X (Electronic)).
- Petrizzo, A., Lyons, K. S., Bartoli, D., Simeone, S., Alvaro, R., Lee, C. S., & Pucciarelli, G. (2022). The moderating role of caregiver preparedness on the relationship between depression and stroke-specific quality of life in stroke dyads: a longitudinal study. *European journal of cardiovascular nursing*. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac037>

- Petruzzo, A., Biagioli, V., Durante, A., Emberti Gialloreti, L., D'Agostino, F., Alvaro, R., & Vellone, E. (2019). Influence of preparedness on anxiety, depression, and quality of life in caregivers of heart failure patients: Testing a model of path analysis. *Patient education and counseling*, *102*(5), 1021-1028. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.12.027>
- Pindus, D. M., Mullis, R., Lim, L., Wellwood, I., Rundell, A. V., Abd Aziz, N. A., & Mant, J. (2018). Stroke survivors' and informal caregivers' experiences of primary care and community healthcare services - A systematic review and meta-ethnography. *PLoS One*, *13*(2), 1-23. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192533>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The Content Validity Index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Research in Nursing and Health*, *29*, 489-497. <https://doi.org/doi:10.1002/nur.20147>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (8 ed.). Philadelphia, Wolters Kluwer Health /Lippincott Williams & Wilkins.
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., . . . Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 Update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, *50*(12), e344-e418. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>
- Pucciarelli, G., Lyons, K. S., Petrizzo, A., Ambrosca, R., Simeone, S., Alvaro, R., & Vellone, E. (2022). Protective role of caregiver preparedness on the relationship between depression and quality of life in stroke dyads. *Stroke*, *53*(1), 145-153. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.034029>
- Robinson, R. G., & Jorge, R. E. (2016). Post-stroke depression: A review. *The American journal of psychiatry*, *173*(3), 221-231.
- Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Borden, W. B., & Stroke Statistics, S. (2012). Executive summary: Heart disease and stroke statistics--2012 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, *125*(1), 188-197. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182456d46>

- Rohde, D., Gaynor, E., Large, M., Mellon, L., Bennett, K., Williams, D. J., & Hickey, A. (2019). Cognitive impairment and medication adherence post-stroke: A five-year follow-up of the ASPIRE-S cohort. *PLoS one*, *14*(10), e0223997. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223997>
- Scherbring, M. (2002). Effect of caregiver perception of preparedness on burden in an oncology population. *Oncology nursing forum*, *29*(6), E70-76. <https://doi.org/10.1188/02.ONF.E70-E76>
- Schumacher, K., Beck, C. A., & Marren, J. M. (2006). Family caregivers caring for older adults, working with their families. *American journal of nursing*, *106*(8), 40-49.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image the Journal of Nursing Scholarship*, *26*(2), 119-127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (2007). Mutuality and preparedness moderate the effects of caregiving demand on cancer family caregiver outcomes. *Nursing research* *56*(6), 425-433. <https://doi.org/10.1097/01.Nnr.0000299852.75300.03>
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Caparro, M., Mutale, F., & Agrawal, S. (2008). Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. *Oncol Nurs Forum*, *35*(1), 49-56. <https://doi.org/10.1188/08.ONF.49-56>
- Seth, A., Mossavar-Rahmani, Y., Kamensky, V., Silver, B., Lakshminarayan, K., Prentice, R., & Wassertheil-Smoller, S. (2014). Potassium intake and risk of stroke in women with hypertension and nonhypertension in the women's health initiative. *Stroke*, *45*(10), 2874-2880. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.114.006046>
- Sexton, E., McLoughlin, A., Williams, D. J., Merriman, N. A., Donnelly, N., Rohde, D., & Bennett, K. (2019). Systematic review and meta-analysis of the prevalence of cognitive impairment no dementia in the first year post-stroke. *European Stroke Journal*, *4*(2), 160-171. <https://doi.org/10.1177/2396987318825484>
- Sharma, V. K., Ng, K. W., Venketasubramanian, N., Saqqur, M., Teoh, H. L., Kaul, S., & Nguyen, T. H. (2011). Current status of intravenous thrombolysis for acute ischemic stroke in Asia. *International Journal of Stroke*, *6*(6), 523-530.

- Shyu, Y. I., Chen, M. C., Chen, S. T., Wang, H. P., & Shao, J. H. (2008). A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(18), 2497-2508. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02450.x>
- Siegel, J., Edwards, E., Mooney, L., Smith, C., Peel, J. B., Dole, A., & Freeman, W. D. (2016). A feasibility pilot using a mobile personal health assistant (PHA) app to assist stroke patient and caregiver communication after hospital discharge. *Mhealth*, *2*, 1-5. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2016.08.02>
- Sihvola, S., Kuosmanen, L., & Kvist, T. (2022). Resilience and related factors in colorectal cancer patients: A systematic review. *European Journal of Oncology Nursing*, *56*. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.102079>
- Skapinakis, P. (2014). Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. In A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (pp. 6261-6264). Springer Netherlands. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5\\_2825](https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2825)
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory* (STAI) form Y: Self-evaluation questionnaire
- Sribundit, N., Riewpaiboon, A., Chaikledkaew, U., Stewart, J. F., Tantirittisak, T., & Hanchaipiboolkul, S. (2017). Cost of acute care for ischemic stroke in Thailand. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, *48*(3), 628-640.
- Stewart, & Archbold. (1986, 1994). *The family care inventory*. Oregon Health Sciences University, School of nursing, Department of Family Nursing, Portland.].
- Sun, J. H., Tan, L., & Yu, J. T. (2014). Post-stroke cognitive impairment: epidemiology, mechanisms and management. *Ann Transl Med*, *2*(8), 80. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2305-5839.2014.08.05>
- Sun, L., Clarke, R., Bennett, D., Guo, Y., Walters, R. G., Hill, M., & Regional Co-ordinating, C. (2019). Causal associations of blood lipids with risk of ischemic stroke and intracerebral hemorrhage in Chinese adults. *Nature Medicine*, *25*(4), 569-574. <https://doi.org/10.1038/s41591-019-0366-x>

- Swartz, R. H., Cayley, M. L., Foley, N., Ladhani, N. N. N., Leffert, L., Bushnell, C., & Lindsay, M. P. (2017, Oct). The incidence of pregnancy-related stroke: A systematic review and meta-analysis. *Int J Stroke*, *12*(7), 687-697. <https://doi.org/10.1177/1747493017723271>
- Towfighi, A., Ovbiagele, B., El Husseini, N., Hackett, M. L., Jorge, R. E., Kissela, B. M., & Outcomes, R. (2017). Poststroke depression: A scientific statement for healthcare professionals from the american heart association/American Stroke Association. *Stroke*, *48*(2), e30-e43. <https://doi.org/10.1161/STR.000000000000113>
- Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Alonso, A., Beaton, A. Z., Bittencourt, M. S., & Martin, S. S. (2022). Heart Disease and Stroke Statistics-2022 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, *145*(8), e153-e639. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001052>
- Tsao, C. W., Aaron W. Aday, Zaid I. Almarzooq, Cheryl A.M. Anderson, Pankaj Arora, Christy L. Avery, & Subcommittee, (2023). Heart Disease and Stroke Statistics—2023 Update: A Report From the American Heart Association. *147*(8), e93–e621. <https://doi.org/https://doi.org/10.1161/ CIR.0000000000001123>
- Virani, S. S., Alonso, A., Aparicio, H. J., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., & Stroke Statistics, S. (2021). Heart disease and stroke statistics-2021 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, *143*(8), e254-e743. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000950>
- Virani, S. S., L. Kristin Newby, Suzanne V. Arnold, Vera Bittner, LaPrincess C. Brewer, Susan Halli Demeter, . . . Williams, B. W. a. M. S. (2023). 2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA Guideline for the Management of Patients With Chronic Coronary Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation research*, *148*(9), e9 - e119. <https://doi.org/https://doi.org/10.1161/ CIR.0000000000001168>

- Vongsirimas, N., Thanoi, W., & Yobas, P. K. (2017, 10/01). Evaluating Psychometric Properties of the Connor–Davidson Resilience Scale (10-Item CD-RISC) among University Students in Thailand: การทดสอบคุณภาพเครื่องมือแบบวัดความความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต Connor–Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) ในกลุ่มนักศึกษาไทย. *Nursing Science Journal of Thailand*, *35*(3), 25-35. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/116086>
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement*, *1*(2), 165-178.
- Wang, Y. C., Kapellusch, J., & Garg, A. (2014). Important factors influencing the return to work after stroke. *Work*, *47*(4), 553-559. <https://doi.org/10.3233/WOR-131627>
- Wassertheil-Smoller, S., Qi, Q., Dave, T., Mitchell, B. D., Jackson, R. D., Liu, S., & Smoller, J. W. (2018). Polygenic Risk for Depression Increases Risk of Ischemic Stroke: From the Stroke Genetics Network Study. *Stroke*, *49*(3), 543-548. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.117.018857>
- Winterling, J., Kisch, A., Alvariza, A., Årestedt, K., & Bergkvist, K. (2022). Preparedness for family caregiving prior to allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *Palliative & supportive care*, *20*(4), 519-526. <https://doi.org/10.1017/s1478951521001346>
- Wirojratanana, V. (2002). *Development of the Thai Family Care Inventory: A Dissertation*. Oregon Health & Science University. <https://books.google.co.th/books?id=RoLSpwAACAAJ>
- Yang, W., Kang, D. W., Ha, S. Y., & Lee, S. H. (2021). Drinking Patterns and Risk of Ischemic Stroke in Middle-Aged Adults: Do Beneficial Drinking Habits Indeed Exist? *Stroke*, *52*(1), 164-171. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.032144>
- Zsido, A. N., Teleki, S. A., Csokasi, K., Rozsa, S., & Bandi, S. A. (2020). Development of the short version of the spielberger state-trait anxiety inventory. *Psychiatry research*, *291*, 113223. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113223>



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจคุณภาพเครื่องมือและแปลเครื่องมือ

นายแพทย์ อภิวุฒิ เกิดคอนแฝก	แพทย์อายุรกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ฉัตรราชาน
พว. รุจี รัตนเสถียร	พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
อาจารย์ ดร.ศรัทธา ประกอบชัย	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพรรณ ศรีโสภ	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดารัสณี โพธารส	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
อาจารย์ ดร.วิชรา ตานุดรวงศ์	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



**ภาคผนวก ข**

**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย**

สำเนา

ที่ IRB3-055/2566



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS029/2566

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครึ่งแรก

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวภัทราภรณ์ บุญโรจน์

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 1 วันที่ 11 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566
2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 11 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 25 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 25 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form) แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 1 วันที่ 11 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)
- 6.1 ประกาศประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 11 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566

วันที่รับรอง : วันที่ 2 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566

วันที่หมดอายุ : วันที่ 2 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

ลงนาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมร. แยมประทุม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมร. แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)





สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

๒๗/๐๒/๒๕๖๖  
เลขที่หนังสือรับรอง ๐๒๒-๒๕๖๖

### หนังสือรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ทำการตรวจสอบและรับรองโครงการวิจัยตามที่ระบุไว้ด้านล่าง ทั้งนี้ โดยพิจารณาบนพื้นฐานของปฏิญญาเฮลซิงกิ และหลักเกณฑ์ของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

**ชื่อโครงการภาษาไทย :** ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

**ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ :** FACTORS INFLUENCING THE PREPAREDNESS OF FAMILY CAREGIVER AMONG FIRST-TIME ISCHEMIC STROKE PATIENTS

**เลขที่โครงการวิจัย :** CBO Rec ๒๖-๐๒๒

**ผู้วิจัยหลัก :** นางสาวภัทราภรณ์ บุญโรจน์ **ตำแหน่ง :** นิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา

**ผู้วิจัยร่วม :**

**สังกัดหน่วยงาน :** มหาวิทยาลัยบูรพา

**วิธีทบทวน :** Expedited Review

**รายงานความก้าวหน้า :** ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี หรือ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน ๑ ปี

**เอกสารรับรอง**

- ▶ โครงร่างการวิจัย ฉบับย่อ
- ▶ แบบสอบถามการวิจัย
- ▶ ประวัติผู้วิจัย

**วันที่รับรอง :** วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

**วันหมดอายุ :** วันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

ลงนาม

(นางจันทนา วังค่อม)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม

(นายวิศิษฐ์ ผลสวัสดิ์)

ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

29/9 หมู่ 4 ด.วชิรปราการ ต.บ้านสวน อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี โทร. 0-3893-2467



สภากาชาดไทย  
The Thai Red Cross Society

COE No. 026/2566

IRB No. 036/2566

## หนังสือรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

### โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

290 ถ.เฉลิมจอมพล ต.ศรีราชา อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี 20110 โทรศัพท์ 038-320200

#### เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมแบบเร็ว

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP) และ 45CFR 46.101 (b)

**ชื่อโครงการ** : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

**เลขที่โครงการวิจัย** : 036/2566

**ผู้วิจัยหลัก** : นางสาวภัทราภรณ์ บุญโรจน์  
นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

**สังกัดหน่วยงาน** : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**วิธีทบทวน** : แบบเร็ว

**รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

**เอกสารรับรอง** :

1. โครงการวิจัย (Version 2.0 Date 23/08/2023) (Version 1.0 Date 25/03/2023)
2. แบบฟอร์มเก็บข้อมูล (Version 1.0 Date 25/03/2023)
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Version 1.0 Date 25/03/2023)
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Version 1.0 Date 25/03/2023)

**วันที่รับรอง** : 13 ก.ย. 2566

**วันหมดอายุ** : 12 ก.ย. 2567

ลงนาม .....

(นายแพทย์ณัฐวุธ ศาสตร์วาทา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม .....

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศภณ นภาธร)

ผู้ช่วยเลขาธิการสภากาชาดไทย และ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



**ภาคผนวก ค**  
การขออนุญาตใช้เครื่องมือ  
(ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์)



Phattharapom Bunroj &lt;64910024@go.buu.ac.th&gt;

---

## would like to ask authorized use of your measurement Preparedness for Caregiving Scale

---

**Pat Archbold** <pat.archbold@gmail.com>  
 To: Phattharapom Bunroj <64910024@go.buu.ac.th>  
 Cc: Virapun Wirojratana <wirojrat@yahoo.com>

Tue, Nov 22, 2022 at 1:15 AM

Dear Phattharapom,

My apologies for not responding sooner. You are very welcome to use the Preparedness Scale in your study. I have attached it (Page 16 in the Family Care Inventory) and some information about its use to this e-mail.

I have also copied Dr. Virapun Wirojratana at Mahidol. She translated and validated the Preparedness Scale in Thai. She can share the Thai Version with you.

Below is the contact information for researchers in Thailand have been given permission to use the Preparedness Scale--I do not know the results of their studies.

Islam, Muhammad N, Mahidol University Thailand - Research on TBI  
 islamsylbd2000@gmail.com

Kaewphinit, Unraun, doctoral student, Mahidol University - research on TBI  
 unraun@swu.ac.th and unraun@gmail.com

Samartkit, Niphawan, doctoral student, Requested the entire Family Care Inventory, Mahidol University, [Niphawan@buu.as.th](mailto:Niphawan@buu.as.th)

All the best in your work,

Pat

[Quoted text hidden]

--

Pat Archbold  
[pat.archbold@gmail.com](mailto:pat.archbold@gmail.com)

---

### 4 attachments

-  **1-wk FCI 1-40.pdf**  
89K
-  **Preparedness Scale-Directions for computing.docx**  
15K
-  **Preparedness Freq & Descrip Stats.pdf**  
11K
-  **FCI development & descrip.docx**  
190K



Phattharapom Bunroj &lt;64910024@go.buu.ac.th&gt;

---

**ขออนุญาตใช้และดัดแปลงแบบประเมินความพร้อมของผู้ดูแล**

---

Virapun Wirojratana <virapun.wir@mahidol.ac.th>  
To: Phattharaporn Bunroj <64910024@go.buu.ac.th>

Fri, Apr 7, 2023 at 2:15 PM

เรียน คุณภัทราภรณ์ บุญโรจน์

ดิฉันขออนุญาตให้ใช้เครื่องมือและการดัดแปลง กรุณาแจ้งผลความเที่ยงและ ผลการวิจัยให้ทราบด้วยเพื่อเป็นข้อมูลต่อไป รายละเอียดของเครื่องมือดังเอกสารแนบ หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถติดต่อทาง email หรือ 0814231321

ด้วยความนับถือ

รศ.ดร. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์





Phattharaporn Bunroj &lt;64910024@go.buu.ac.th&gt;

---

**Would like to ask authorized use of your Transition theory**

---

**MELEIS, AFAF Ibrahim** <meleis@nursing.upenn.edu>  
To: Phattharaporn Bunroj <64910024@go.buu.ac.th>

Tue, Feb 28, 2023 at 1:17 AM

Dear dr to be phattharaporn

Congratulations on pursuing your phd. Am delighted you will be doing a theory driven research project. Your research area lends itself well to the use of transitions theory. Go ahead reviewing the newest publications that you will find below under my signature. Best wishes and give my warmest regards to your mentor.

Afaf I. Meleis, PhD, FAAN, LL  
Dean Emerita and Professor of Nursing and Sociology  
University of Pennsylvania School of Nursing

Claire M. Fagin Hall  
418 Curie Boulevard  
Philadelphia, PA 19104-4217

Home Address:  
39 Corte Ramon  
Greenbrae, CA 94904

Mobile: 215-840-0403  
Skype: afaf.meleis1  
Email: [meleis@nursing.upenn.edu](mailto:meleis@nursing.upenn.edu)  
Twitter: <https://twitter.com/AfafMeleis>  
Blog: <http://afafmeleis.blogspot.com/>  
Webpage: <https://tinyurl.com/yaoslydu>  
Transitions Page: <https://tinyurl.com/y7ftcx6q>

On Feb 27, 2023, at 12:57 AM, Phattharaporn Bunroj <64910024@go.buu.ac.th> wrote:





Phattharaporn Bunroj &lt;64910024@go.buu.ac.th&gt;

---

**MUIS Scale and Tools**

3 messages

---

**Jordan, Alexander** <Alexander.Jordan@unc.edu>  
To: "64910024@go.buu.ac.th" <64910024@go.buu.ac.th>

Wed, Mar 15, 2023 at 10:12 PM

Hello,

Thank you for your interest in the Managing Uncertainty Scale.

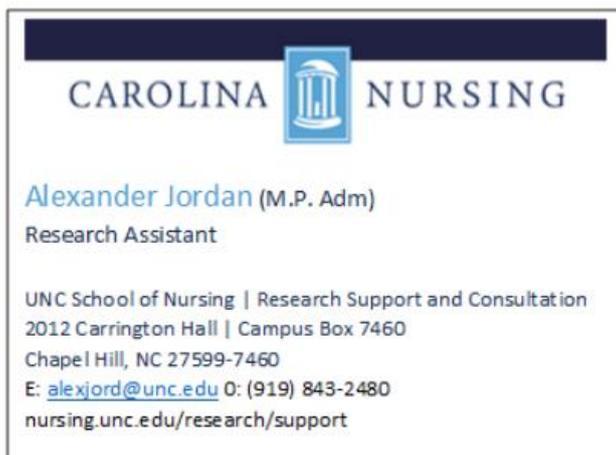
Attached are the files for the Managing Uncertainty scales/tool that are available. You have permission, via the owners designee, to use these for your research purposes. The files that are attached are all that we have access to.

Unfortunately – I am not able to assist with their use – or to provide any other information about the tools.

Best of luck with your research!!

Warmest Regards,

Alexander



---

**7 attachments**

**Community Form - 2.docx**  
14K

**Family Member form-2.docx**  
19K



Phattharaporn Bunroj &lt;64910024@go.buu.ac.th&gt;

## ขออนุญาตใช้และดัดแปลงเครื่องมือ แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอน

รัชชก ทรงทรัพย์ <ratchaspr.23@gmail.com>  
To: Phattharaporn Bunroj <64910024@go.buu.ac.th>

Wed, Mar 15, 2023 at 7:26 PM

เรียน นางสาวภัทราภรณ์ บุญโรจน์

ดิฉัน นางสาวรัชชก ทรงทรัพย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับแจ้งจาก นางสาวภัทราภรณ์ บุญโรจน์ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา ชั้นปีที่ 2 ว่ามีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์ ขอเครื่องมือฉบับเต็ม ที่ได้มีการแปลเป็นภาษาไทย และอนุญาตใช้/ดัดแปลงเครื่องมือวิจัย แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และความรู้สึกไม่แน่นอน ของสมาชิกครอบครัวขณะรอผ่าตัดสมอง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการ ศึกษาและทำวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ดิฉันมีความยินดีให้ข้อมูลเครื่องมือวิจัย/แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอน เพื่อใช้/ดัดแปลง และเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ของท่านให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ  
นางรัชชก ทรงทรัพย์  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

E-mail : Ratcha.spr23@gmail.com  
เบอร์โทร : 097-1814445  
ID line : 097-1814445



Phattharaporn Bunroj &lt;64910024@go.buu.ac.th&gt;

## ตอบกลับ: ขออนุญาตใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

2 messages

ภรภัทร ฉิมโธธร <pornrapat\_kps12@hotmail.com>  
To: Phattharaporn Bunroj <64910024@go.buu.ac.th>

Wed, Mar 15, 2023 at 1:13 PM

ยินดีค่ะ เป็นแบบสอบถามเลยนะคะ เป็น file ไม่มีแล้วค่ะ

### 3 attachments



685671.jpg  
106K



Phattharaporn Bunroj &lt;64910024@go.buu.ac.th&gt;

---

**Would like to ask for use of your measurement "State-trait anxiety Shot form (STAIS-5)**

---

**Dr. Zsidó András Norbert** <zsido.andras@pte.hu>  
To: Phattharaporn Bunroj <64910024@go.buu.ac.th>

Tue, Mar 14, 2023 at 2:17 PM

Dear Phattharaporn,

Thank you for reaching out. The journal editor Dr. Lynn DeLisi informed me that you don't need any permission to use the questionnaire, please feel free to do so, just make sure to cite the paper in your publications.

Thanks,  
Andras

-----

András Norbert ZSIDÓ, PhD FPsyS  
Research Fellow  
Institute of Psychology, University of Pécs

Principal Investigator: Visual Cognition and Emotion Lab  
<https://vicelab.btk.pte.hu/>



FIATAL KUTATÓK AKADÉMIÁJA  
HUNGARIAN YOUNG ACADEMY

---

**Feladó:** Phattharaporn Bunroj <64910024@go.buu.ac.th>

**Elküldve:** 2023. március 14., kedd 6:07

**Címzett:** Dr. Zsidó András Norbert <zsido.andras@pte.hu>

**Tárgy:** Would like to ask for use of your measurement "State-trait anxiety Shot form (STAIS-5)

Ritkán kap e-mailt a(z) [64910024@go.buu.ac.th](mailto:64910024@go.buu.ac.th) e-mail-címről. [Miért fontos ez?](#)

[Quoted text hidden]

---

A PTE Zöld Egyetem programja jegyében kérem, ne nyomtassa ki ezt az e-mail-t, kivéve, ha szükséges.  
Green University - Please do not print this e-mail unless it's necessary.



Phattharaporn Bunroj &lt;64910024@go.buu.ac.th&gt;

## Would like to ask for use of your measurement "Davidson Resilience Scale 10(CD-RISC 10)

**Becky Williams, LCSW** <risc.beckywilliams@gmail.com>  
To: Phattharaporn Bunroj <64910024@go.buu.ac.th>

Mon, Mar 13, 2023 at 5:43 AM

Hello Phattharaporn,

Thank you for the signed agreement and payment. Attached are the Thai CD-RISC-10, the manual, and scoring details.

Best,  
Becky

[Quoted text hidden]

--

**Becky Williams, LCSW**  
CD-RISC Management Team

### 3 attachments

**CD-RISC-10 Thai final 03-09-13.pdf**  
69K

**aRISC Manual 2022\_FINAL.pdf**  
5857K

**Scoring the CD-RISC 2021.pdf**  
43K



Phattharaporn Bunroj &lt;64910024@go.buu.ac.th&gt;

## เรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ขอเครื่องมือฉบับเต็ม ที่ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยค่ะ

**Nopporn Vongsirimas** <nopporn.von@mahidol.ac.th>  
To: Phattharaporn Bunroj <64910024@go.buu.ac.th>

Thu, Nov 24, 2022 at 8:39 AM

เรียนคุณภัทรภรณ์

ขอให้ส่ง email ไปขออนุญาตจาก Dr Davidson ตามที่อยู่ในเอกสารนะคะ

ขอให้ประสบความสำเร็จในการทำวิจัยนะคะ

นพพร

**From:** Phattharaporn Bunroj <64910024@go.buu.ac.th>

**Sent:** Thursday, November 24, 2022 1:01:14 AM

**To:** Nopporn Vongsirimas

**Subject:** เรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ขอเครื่องมือฉบับเต็ม ที่ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยค่ะ

[Quoted text hidden]

**CD-RISC-10 Thai Vong 110721\_FINAL\_copy right version from Dr Davidson.pdf**  
123K



Phattharaporn Bunroj <64910024@go.buu.ac.th>

---

**Would like to ask for use of your measurement “6 Item Cognitive Impairment Test (6CIT)”**

---

**Healthcare** <healthcare@pbrooke.co.uk>  
To: Phattharaporn Bunroj <64910024@go.buu.ac.th>

Sat, Mar 18, 2023 at 8:20 PM

I am happy to grant you permission to use 6CIT for this purpose  
Patrick

Dr Patrick Brooke

On 18 Mar 2023, at 13:40, Phattharaporn Bunroj <64910024@go.buu.ac.th> wrote:





ภาคผนวก ง

หนังสือตอบกลับการขออนุญาตใช้เครื่องมือ



มหาวิทยาลัยคริสเตียน มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย
ตึก ปณ. ๓๓ ปตจ.นครปฐม ๗๓๐๐๐ โทร. ๐-๓๔๓๘-๘๕๕๕ โทรสาร ๐-๓๔๒๗-๕๕๕๕
ศูนย์ศึกษายามคอมเพล็กซ์ วิทยาการสภาคริสตจักรในประเทศไทย
๓๒๘ ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐ โทร. ๐-๒๒๑๔-๖๐๓๘ โทรสาร ๐-๒๒๑๔-๖๐๓๘

CHRISTIAN UNIVERSITY OF THAILAND THE CHURCH OF CHRIST IN THAILAND FOUNDATION
P.O.Box 33 Nakhonpathom 73000 Thailand TEL. 66-3438-8555 FAX. 66-3427-4500 E-mail : christian@christian.ac.th

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ 010๖๗
วันที่ 30 พ.ค. 2566
เวลา 17.41 น.

e-mail คุณสรวิมล

ที่ ม.คต.27 / 1341 /2566

วันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2566

บัณฑิตวิทยาลัย
รับที่ 00454
วันที่ 25 พ.ค. 2566
เวลา 16.13 น.

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย
เรียน คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
อ้างถึง หนังสือ ที่ อว 8137/476 ลงวันที่ 17 มีนาคม 2566

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบหนังสือรับรองการใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย/งานสร้างสรรค์ จำนวน 1 ฉบับ
2. เครื่องมือวิจัย ของนางสาวภรภัทร อิมโอษฐ์ จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่ นางสาวภัทรภรณ์ บุญโรจน์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ได้มีความประสงค์ขออนุญาต
ใช้เครื่องมือแบบสอบถามวิจัย คือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ชื่อเรื่อง "ปัจจัยที่
มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" ของ นางสาวภรภัทร อิมโอษฐ์
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พ.ศ. 2550 บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยคริสเตียน ตามความแจ้งแล้วนั้น

ในกรณี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน พิจารณาแล้วอนุญาตให้ นางสาวภัทรภรณ์
บุญโรจน์ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวและขอให้ผู้วิจัย กรอกข้อมูลในหนังสือรับรองการใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย และส่ง
หนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ พร้อมทั้งชำระค่าลิขสิทธิ์การใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน 300 บาท โดย
โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่บัญชี 404-052839-7 และ
ขอความกรุณาสำเนาแจ้งการชำระดังกล่าวกลับมาที่ สำนักบริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอขอบคุณยิ่ง

เรียน คณบดี
๑. เพื่อโปรดทราบ
๒. เห็นควร e-mail ให้จิวทองน้อย (เลขที่บรรณสาร)
ทราบ เมื่อสำเนาหนังสือส่งมาถึงแล้วต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

๓๕๖
๓๐/๕/๖๕

ศาสริณี
๑
คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์
ปฏิบัติการแทนอธิการบดี มหาวิทยาลัยคริสเตียน
30 พ.ค. 2566

สำเนาเรียน นางสาวภัทรภรณ์ บุญโรจน์
สำนักบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ (นางสาว กุสวรินทร์ เอี่ยมทองคำ)
อีเมล kumhak47@gmail.com โทรศัพท์ 034 388-555 ต่อ 1401
โทรสาร 0-3427-4500

- เรียน คณบดี
๑. เพื่อโปรดทราบ
๒. เห็นควรมอบแจ้งคุณพจนานายก และ
ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

๓๓/๓๓ ๖
๓๐/๐๓๗ ๖๗ พ.ค. ๖๖
๓๓/๓๓ ๖
๒๕ พ.ค. ๒๕๖๖



บัณฑิตวิทยาลัย  
 รับที่ 00365  
 วันที่ 20 มิ.ย. 2566  
 เวลา 15.17 น.

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี  
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
 270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ  
 โทรศัพท์ 02-2010604 โทรสาร 02-2011673

e-mail คุณวิมลศรี

ที่ อว 78.067/388  
 วันที่ 5 เมษายน 2566  
 เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

ตามหนังสือที่ อว 8137/479 ลงวันที่ 17 มีนาคม 2566 เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย ชื่อ "แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย : การทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยา" ซึ่งเป็นเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาโดยรองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ และ รองศาสตราจารย์ ดร.พิชญ์ประอร ยังเจริญ อาจารย์พยาบาลประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ในการนี้ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีอนุญาตให้ นางสาวภัทราภรณ์ บุญโรจน์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้ผู้วิจัยอ้างอิงถึงเครื่องมือตามกฎหมายลิขสิทธิ์ และกำหนดให้ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย ดำเนินการกรอกแบบฟอร์ม บพร. 15-17 ตามที่แนบมาพร้อมนี้ และชำระค่าดำเนินการ จำนวน 200 บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย 1 ฉบับ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา รามาธิบดี ชื่อบัญชี "กองทุนโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี" เลขบัญชี 026-4-58834-5 ประเภทออมทรัพย์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์)  
 ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

m/ (นาง) อภิญญาพร  
 พรหม + อภิญญา  
 สิริ  
 mc 91

เรียน คณบดี  
 เพื่อโปรดทราบ

กน.กอส

๒๐ มิ.ย. ๒๕๖๖

เรียน คณบดี

๑. เพื่อโปรดทราบ

๒. เห็นควร e-mail แจ้งงานบัณฑิต (คุณพรพรรณนิภา)

เพื่อดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

สุภาวณี

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม

15/6  
 24/6/66



ที่ อว ๘๑๓๗/๔๗๕

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข  
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นางสาวภัทรภรณ์ บุญโรจน์

อ้างถึงหนังสือ อว ๘๑๐๖/๐๐๔๖๑ ลงวันที่ ๑๔ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ออกหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ โดย นางสาวภัทรภรณ์ บุญโรจน์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ขอใช้เครื่องมือวิจัย คือ “แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บปวด” จากวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มสุขภาพ และความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยผ่าตัดสมอง” ของ คุณรัชชก ทรงทรัพย์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ตีนาน เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ เพื่อนำไปใช้ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก”

ในการนี้ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยบัณฑิตวิทยาลัย อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้อ้างอิงวิทยานิพนธ์ของนิสิตดังกล่าวด้วย รวมถึงจัดส่ง “แบบฟอร์มรับรองการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์” ไปยังบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th (สามารถดาวน์โหลดได้ที่ [http://grd.buu.ac.th/wordpress/?page\\_id=3717](http://grd.buu.ac.th/wordpress/?page_id=3717))

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗  
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ภาคผนวก จ  
การขออนุญาตเข้าถึงข้อมูล



ที่ อว ๘๑๓๗/๑๓๖๕

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข  
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนางสาวภัทรภรณ์ บุญโรจน์ รหัสประจำตัว ๖๔๔๑๐๐๒๔ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตินา ฉันทมิตรโสภาส เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และเสนอหน่วยงานในสังกัดของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้ นิสิตตั้งรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบางละมุง จำนวน ๔๓ คน, หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลพนัสนิคม จำนวน ๓๕ คน และหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลบ้านบึง จำนวน ๓๕ คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังต่อไปนี้

#### ๑. คุณสมบัติของผู้ดูแล

- ๑.๑ มีอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
- ๑.๒ มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติของผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนใด ๆ ในการดูแล
- ๑.๓ ผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป ต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบประเมิน Six Item Cognitive Impairment Test (6 CIT-Kingshill Version 2000)  $\leq ๗$  คะแนน
- ๑.๕ ไม่มีสภาวะทางจิตบกพร่องประเมินจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ๒ คำถาม (2Q)

#### ๒. คุณสมบัติของผู้ป่วย

- ๒.๑ มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางขึ้นไป (NISSH Score  $> ๕$  คะแนน)
- ๒.๒ มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ช่วยตนเองไม่ได้ ไปจนถึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับปานกลาง (Barthel Index of Activities of Daily Living  $\leq ๗๐$  คะแนน)

ในระหว่างวันที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖๑-๔๘๐-๘๖๒๕ หรือที่ E-mail: 64910024@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

สำเนาเรียน ๑. ผอ.รพ.บางละมุง  
๒. รักษาการ ผอ.รพ.พนัสนิคม  
๓. ผอ.รพ.บ้านบึง

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗  
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

ขอแสดงความนับถือ

ภัณฑนา รังสิโยภาส

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัณฑนา รังสิโยภาส)  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา





ที่ อว ๘๓๓๗/๑๓๖๔

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
๑๖๔ ถ.สิงหนครบางแสน ต.แสนสุข  
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๓

๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนางสาวภัทราภรณ์ บุญโรจน์ รหัสประจำตัว ๖๔๙๑๐๐๒๔ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุติมา ฉันทมิตรโอบาส เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และเสนอหน่วยงานในสังกัดของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญหญิง 22A, หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญชาย 22B, หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญชาย 22C และหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญหญิง 22D จำนวน ๔๘ คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังต่อไปนี้

## ๑. คุณสมบัติของญาติผู้ดูแล

- ๑.๑ มีอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
- ๑.๒ มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติของผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนใด ๆ ในการดูแล
- ๑.๓ ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป ต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบประเมิน Six Item Cognitive Impairment Test (6 CIT-Kingshill Version 2000)  $\leq$  ๗ คะแนน
- ๑.๕ ไม่มีสภาวะทางจิตบกพร่องประเมินจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ๒ คำถาม (2Q)

## ๒. คุณสมบัติของผู้ป่วย

- ๒.๑ มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางขึ้นไป (NISSH Score  $>$  ๕ คะแนน)
- ๒.๒ มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ช่วยตนเองไม่ได้ ไปจนถึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับปานกลาง (Barthel Index of Activities of Daily Living  $\leq$  ๗๐ คะแนน)

ในระหว่างวันที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖๑-๙๘๐-๘๖๒๕ หรือที่ E-mail: 64910024@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

สำเนาเรียน ๑. พว.พรเพ็ญ เมธาจิตติพันธ์ (หน.ฝ่ายการพยาบาล)  
๒. พว.อุษา ภูษากิริมย์ (หน.หอผู้ป่วย 22A)  
๓. พว.สุธารัตน์ อุดมลักษณ์านนท์ (หน.หอผู้ป่วย 22B)  
๔. พว.เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมานกร (หน.หอผู้ป่วย 22C)  
๕. พว.จิตชญา อู่เย็น (หน.หอผู้ป่วย 22D)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗  
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

ขอแสดงความนับถือ

ภัทราภรณ์ ช้างสีโยภาด

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มันทนา รังสีโยภาด)  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

เอกสารนี้ลงนามด้วยลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบได้ที่ (<https://e-sign.buu.ac.th/verify>)



**ภาคผนวก จ**

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม และ ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : .....

(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

**โครงการวิจัยเรื่อง :** ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ขาดเลือด (FACTORS INFLUENCING THE PREPAREDNESS OF FAMILY CAREGIVER

AMONG FIRST-TIME ISCHEMIC STROKE PATIENTS)

**ชื่อผู้วิจัย :** นางสาวภัทรารัตน์ บุญโรจน์

**สถานที่วิจัย :** แผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา  
โรงพยาบาลพนสนิมคม และโรงพยาบาลบ้านบึง และหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลบางละมุง

**เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย**

ข้าพเจ้า นางสาวภัทรารัตน์ บุญโรจน์ ตำแหน่ง นิสิตปริญญาโท หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติ  
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบ  
รายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการฯ นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอน ประสบการณ์ ระดับการศึกษา การสนับสนุน  
ทางสังคม ความวิตกกังวล และความยืดหยุ่นในชีวิต และนำข้อมูลที่ได้ข้อมูลมาวางแผนพัฒนาแนวทางการ  
เตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ  
และสามารถเปลี่ยนผ่านจากเคยดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือตนเองได้กลายมาเป็นการดูแลผู้ป่วยโรค  
สมองขาดเลือดครั้งแรกได้

โดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ การตัดสินใจไม่มีการ  
บังคับหรือผูกมัด และจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการทางสุขภาพใด ๆ เมื่อสมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัย  
จะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม โดยจะอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้  
ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ



BUU-IRB Approved

2 Jun 2023

- 1 -

AF 06-02/v2.0

และคำตอบจากแบบสอบถามหรือข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผย ชื่อ-นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูล และการพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น โดยที่ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่เป็นแบบสอบถามอย่างมิดชิด และปลอดภัย สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ผู้วิจัยจะใส่รหัส ซึ่งข้อมูลทั้งหมดมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้ หลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมดเมื่อเผยแพร่ผลการวิจัยไปแล้ว 3 ปี

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจะมีแบบสอบถามมาสัมภาษณ์ผู้ดูแลจำนวน 92 ข้อ แบ่งเป็น 7 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลจำนวน 15 ข้อ ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจำนวน 3 ข้อ ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การเตรียมความพร้อม 8 ข้อ ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกไม่แน่นอน 33 ข้อ ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม 18 ข้อ ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลขณะเผชิญผู้ป่วย 5 ข้อ และชุดที่ 7 แบบสัมภาษณ์ความยืดหยุ่นในชีวิต 10 ข้อ โดยสำหรับการทำแบบสอบถามผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการตอบแบบสัมภาษณ์ สามารถตอบได้ตามความคิดเห็น โดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้อธิบายข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม โดยระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที และจะสัมภาษณ์ในห้องที่มีความเป็นส่วนตัวผู้อื่นจะไม่ได้ยินการสัมภาษณ์ครั้งนี้

ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น ร้องไห้ วิตกกังวล กระสับกระส่าย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างหยุดตอบสอบถามทันทีและให้กลุ่มตัวอย่างพูดระบายความรู้สึกผู้วิจัยให้กำลังใจ สัมผัส ปลอบใจ อยู่เป็นเพื่อนจนอาการทุเลาลง แล้วจึงทำแบบสอบถามต่อ แต่หากกลุ่มตัวอย่างอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ยังไม่ทุเลาลง กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้

หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในแบบสัมภาษณ์เสร็จแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และให้ของที่ระลึกเป็นกล่องสำหรับใส่ยาแบบพกพา เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาวภัทราภรณ์ บุญโรจน์ หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์มือถือหมายเลข 061-9808625 หรือ e-mail address : 64910024@go.buu.ac.th ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรือ อีเมล buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



BUU-IRB Approved  
2 Jun 2023

- 2 -

ฉบับที่ 1.0 วันที่ 25 มีนาคม 2566

เอกสารจากระบบการขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา



เอกสารแสดงความยินยอม  
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย: .....

(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

**โครงการวิจัยเรื่อง :** ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ขาดเลือดครั้งแรก

ให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อ การให้บริการทางสุขภาพ ใด ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ..... ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม ..... พยาน

(.....)

**หมายเหตุ** กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้พิมพ์ลายลงลายมือชื่อรับรองด้วย



BUU-IRB Approved

2 Jun 2023

- 1 -



ภาคผนวก ข  
ป้ายประชาสัมพันธ์



## ขอเชิญชวน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขาดเลือดครั้งแรก เข้าร่วมโครงการวิจัย

“เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก”



โดย

นางสาว กัทราภรณ์ บุญโรจน์

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
มหาวิทยาลัยบูรพา

### โดยมีคุณสมบัติมีลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
3. มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติของผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าจ้างค่าตอบแทนใดๆ ในการดูแล



ท่านสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยขั้นตอน ดังต่อไปนี้

- นางสาวกัทราภรณ์ บุญโรจน์ โทร 061-9808625
- หรือติดต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม หรือหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



**\*\* การเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น**



ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### แบบสอบถามสำหรับโครงการวิจัย

เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก (FACTORS INFLUENCING THE PREPAREDNESS OF FAMILY CAREGIVER AMONG FIRST-TIME ISCHEMIC STROKE PATIENTS)”

**คำชี้แจง** ในการตอบแบบสอบถาม โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนของแบบสอบถามและตอบทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 92 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือคัดกรอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองญาติผู้ดูแลและแบบคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(สำหรับผู้วิจัย)

ชุดที่ 1 แบบคัดกรองความบกพร่องของสมอง ในญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี โดยใช้แบบคัดกรองสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อฉบับภาษาไทย Six – Item Cognitive Impairment Test (6 CIT-Kingshill Version 2000)

ชุดที่ 2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

ชุดที่ 3 แบบคัดกรองผู้ป่วยประเมินความบกพร่องทางระบบประสาท (National Institutes of Health Stroke Scale [NIHSS] )

ชุดที่ 4 แบบคัดกรองผู้ป่วยกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเดีแอล (Barthel Index of Activities of Daily Living [BI] )

#### ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 7 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลจำนวน 15 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจำนวน 3 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการเตรียมความพร้อม 8 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอน 33 ข้อ

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 18 ข้อ

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญฉบับย่อ 5 ข้อ

ชุดที่ 7 แบบสอบถามความยืดหยุ่นในชีวิต 10 ข้อ

ส่วนที่ 1

## ชุดที่ 1 แบบคัดกรองสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อฉบับภาษาไทย

(Six – Item Cognitive Impairment Test [6 CIT-Kingshill Version 2000])

(สำหรับผู้วิจัย)

ข้อคำถาม	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้ (สำหรับผู้วิจัย)
1. ขณะนี้เวลาอะไร		
2. ปัจจุบัน เดือนอะไร		
3. ...		
...		
4. ...		
5. ...		
6. บอกชื่อ นามสกุล บ้านเลขที่ ถนน และจังหวัด ตามที่บอก		
รวม		

0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะความพร่องทางการรู้คิด

8-9 คะแนน หมายถึง มีภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

10-28 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม

## ชุดที่ 2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

คำถาม	มี	ไม่มีเลย
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่		
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		
รวม		

## การแปลผล

ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็น  
ผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็น โรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า

9Q

## ส่วนที่ 1

## ชุดที่ 3 แบบคัดกรองผู้ป่วยประเมินความบกพร่องทางระบบประสาท

(National Institutes of Health Stroke Scale [NIHSS] )

Date of examination	วันที่.....
	เวลา.....
ระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness, LOC)	
0 - รู้ตัวดี ตอบสนองเป็นปกติ	
1 - .....	
2 - .....	
3 - .....	
ระดับความรู้สึกตัว (LOC Questions : อายุ เดือน )	
0 - ตอบได้ถูกต้องทั้ง 2 ข้อ	
1 - .....	
2 - .....	
*หมายเหตุ : ให้ถามชื่อเดือน และอายุปัจจุบันของผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่มี Aphasia หรือไม่รู้สึกรู้ตัวให้ 2 คะแนน ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือใช้ภาษาอื่นๆ ให้ 1 คะแนน	
ระดับความรู้สึกตัว หมวดคำสั่ง (LOC Commands : ถีบ หลังเท้า กำ แบมือ)	
0 - ทำได้ถูกต้องทั้ง 2 อย่าง	
1 - .....	
2 - .....	
*หมายเหตุ : ให้ลืมตา และหลังเท้า กำมือและแบมือข้างที่ไม่อ่อนแรง ในผู้ป่วยที่มี Aphasia หรือไม่รู้สึกรู้ตัวให้ 2 คะแนน ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือใช้ภาษาอื่นๆ ให้ 1 คะแนน ไม่มีมือทั้งสองข้างให้ใช้คำสั่งอื่นได้	
การเคลื่อนไหวของตา (Best Gaze)	
0 - มองตามได้เป็นปกติ	
1 - .....	
2 - .....	
*หมายเหตุ : ให้ประเมินการกลอกตาในแนวนอนเท่านั้น ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทการกลอกตาให้ 1 คะแนน ผู้ป่วย Aphasia หรือใช้ภาษาอื่นๆ ให้ตรวจโดย Oculocephalic maneuver ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการมองเห็นให้ใช้การสังเกตการกลอกตาของผู้ป่วย	
การการมองเห็น (Visual Fields)	
0 - ลานสายตาปกติ	
1 - .....	
2 - .....	

Date of examination	วันที่.....
	เวลา.....
3 - .....	
*หมายเหตุ : ให้ประเมินด้วยวิธี Confrontation test ในผู้ป่วยที่มีตาบอดทั้งสองข้างไม่ว่ามาจากสาเหตุใดก็ตามให้ 3 คะแนน	
การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้า (Facial Palsy)	
0 - ไม่พบมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าได้เป็นปกติ	
1 - .....	
2 - .....	
3 - .....	
*หมายเหตุ : ให้ประเมินด้วยวิธียิงฟัน และหลับ ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวให้กระตุ้นให้รู้สึกเจ็บแล้วสังเกต	
กำลังของกล้ามเนื้อแขนข้างซ้าย (Motor Lt. arm)	
0 - ยกแขนสูง ทำมุม 90 องศา กับลำตัวในท่านั่งหรือ 45 องศา ในท่านอนหงายค้างไว้นาน 10 วินาที (คว่ำมือ)	
1 - .....	
2 - .....	
3 - .....	
4 - .....	
UN - .....	
*หมายเหตุ : ให้ประเมินทั้งสองข้าง A ซ้าย B ขวา ควรตรวจข้างที่ปกติก่อน ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวให้ใช้วิธีการกระตุ้นให้รู้สึกเจ็บแล้วสังเกต ผู้ป่วย Aphasia หรือใช้ภาษาอื่นให้ทำท่าให้ดูแล้วทำตาม	
กำลังของกล้ามเนื้อแขนข้างขวา (Motor Rt. Arm)	
0 - .....	
1 - .....	
2 - .....	
3 - .....	
4 - .....	
UN - แขนพิการหรือถูกตัด หรือพบมีปัญหาคือติดขัดที่ไม่สามารถแปลผลการตรวจได้	
*หมายเหตุ : ให้ประเมินทั้งสองข้าง A ซ้าย B ขวา ควรตรวจข้างที่ปกติก่อน ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวให้ใช้วิธีการกระตุ้นให้รู้สึกเจ็บแล้วสังเกต ผู้ป่วย Aphasia หรือใช้ภาษาอื่นให้ทำท่าให้ดูแล้วทำตาม	
กำลังของกล้ามเนื้อขาข้างซ้าย (Motor Lt. Leg)	
0 - .....	
1 - ค้างไว้ไม่ถึง 5 วินาที ลดขาลงแต่ขาไม่ตกลงบนเตียง	

Date of examination	วันที่.....
	เวลา.....
2 - .....	
3 - .....	
4 - .....	
UN - ขาพิการหรือถูกตัด หรือพบมีปัญหาคือคิดยึดที่ไม่สามารถแปลผลการตรวจได้	
*หมายเหตุ : ให้ประเมินทั้งสองข้าง A ซ้าย B ขวา ควรตรวจข้างที่ปกติก่อน ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวให้ใช้วิธีการกระตุ้นให้รู้สึกเจ็บแล้วสังเกต ผู้ป่วย Aphasia หรือใช้ภาษาอื่นให้ทำท่าให้ดูแล้วทำตาม	
กำลังของกล้ามเนื้อขาข้างขวา (Motor Rt. Leg)	
0 - ยกขาทำมุม 30 องศา กับพื้นในท่านอนหงาย ค้างไว้นาน 5 วินาที	
1 - .....	
2 - .....	
3 - .....	
4 - .....	
UN - ขาพิการหรือถูกตัด หรือพบมีปัญหาคือคิดยึดที่ไม่สามารถแปลผลการตรวจได้	
*หมายเหตุ : ให้ประเมินทั้งสองข้าง A ซ้าย B ขวา ควรตรวจข้างที่ปกติก่อน ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวให้ใช้วิธีการกระตุ้นให้รู้สึกเจ็บแล้วสังเกต ผู้ป่วย Aphasia หรือใช้ภาษาอื่นให้ทำท่าให้ดูแล้วทำตาม	
การประสานงานของแขนขา (Limb ataxia)	
0 - การประสานงานของแขนขาทั้ง 2 ข้างเป็นปกติ	
1 - .....	
2 - .....	
UN - .....	
*หมายเหตุ : ให้ประเมินทั้งสองข้างด้วยวิธี finger to nose และ Heel to shin ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือแขนขาอ่อนแรงทั้งหมดให้ถือว่าไม่พบความผิดปกติ ผู้ป่วย Aphasia หรือใช้ภาษาอื่นให้ทำท่าให้ดูแล้วทำตาม	
การรับรู้ความรู้สึก (Sensory)	
0 - การรับรู้ความรู้สึกเป็นปกติ	
1 - .....	
2 - .....	
*หมายเหตุ : ให้ประเมินด้วยไม้จิ้มฟันปลายแหลม ตรวจบริเวณหน้า ตัว แขน ขา ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวเลยให้ 0 คะแนน ถ้าเป็นที่กำนสมองไม่รู้สึกสองข้างให้ 1 คะแนน ผู้ป่วย Aphasia หรือใช้ภาษาอื่นให้สังเกต	
ความสามารถด้านภาษา (Best Language)	
0 - การสื่อภาษาเป็นปกติ	
1 - .....	
2 - .....	

Date of examination	วันที่.....
	เวลา.....
3 - .....	
*หมายเหตุ : ให้ประเมินโดยการบรรยายภาพ บอกชื่อสิ่งของ อ่านประโยค ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ 3 คะแนน	
การออกเสียง (Dysarthria)	
0 - เปล่งเสียง ได้ชัดเจนเป็นปกติ	
1 - .....	
2 - .....	
UN - ผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือมีปัญหาทางกายอื่นๆ ที่มีผลต่อการเปล่งเสียงเท่านั้น	
*หมายเหตุ : ให้ประเมินโดยการให้อ่านประโยคสั้นๆหรือตอบคำถาม คุณสบายดีหรือ ทำผิดคิด ฉันทกลับบ้านทันที หลังเลิกงาน โกลัโตะอาหารในห้องครัว เมื่อคืนฉันได้ยื่นเขาพูดทางวิทยุ	
การขาดความสนใจในด้านหนึ่งด้านใดของร่างกาย (Extinction and Inattention, Formerly Neglect)	
0 - ไม่พบความผิดปกติ	
1 - .....	
2 - .....	
*หมายเหตุ : ให้ประเมินด้วยวิธี Double simultaneous stimulation test ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวถือว่าไม่พบความผิดปกติ	
รวม	

## ส่วนที่ 1

## ชุดที่ 4 แบบคัดกรองผู้ป่วยกิจกรรมประจำวัน ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล

## (Barthel Index of Activities of Daily Living [BI])

กิจกรรมประจำวัน	วันที่.....
	เวลา.....
<b>1.การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยเมื่ออยู่ต่อหน้า</b> 0 คะแนน ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ 5 คะแนน ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วยเช่นช่วยใช้ช้อนดักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กไว้ให้ล่วงหน้า 10 คะแนน ดักอาหารและช่วยเหลือตัวเองได้เป็นปกติ	
<b>2.การลุกขึ้นจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้</b> 0 คะแนน ไม่สามารถนั่งได้(นั่งแล้วจะล้มเสมอ)หรือต้องให้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น 5 คะแนน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้เช่นต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คนหรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาก็จะนั่งได้ 10 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่นบอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย 15 คะแนน ทำได้เอง	
<b>3.การล้างหน้าแปรงฟันหวีผมโกนหนวดในระยะเวลา 24-48ชม.ที่ผ่านมา</b> 0 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ 5 คะแนน ทำได้เอง	
<b>4.การใช้ห้องสุขา</b> 0 คะแนน ช่วยตัวเองไม่ได้ 5 คะแนน ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 10 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ดี	
<b>5.การอาบน้ำ</b> 0 คะแนน ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 5 คะแนน อาบน้ำได้เอง	
<b>6.การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน</b> 0 คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 5 คะแนน ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เองและจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) 10 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจเพื่อความปลอดภัย	

กิจวัตรประจำวัน	วันที่.....
	เวลา.....
15 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	
7.การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 0 คะแนน ไม่สามารถทำได้ 5 คะแนน ต้องการคนช่วย 10 คะแนน ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดินเช่น Walker จะต้องเอาขึ้น ลงได้ด้วย)	
8.การแต่งตัว สวมใส่หรือถอดเสื้อผ้า 0 คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย 5 คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณ 50 %ที่เหลือต้องมีคนช่วย 10 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	
9.การกลับการถ่ายอุจจาระใน ระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 0 คะแนน กลับไม่ได้หรือต้องการสวนอุจจาระ 5 คะแนน กลับไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์) 10 คะแนน กลับได้เป็นปกติ	
10.การกลับปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 0 คะแนน กลับไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้ 5 คะแนน กลับไม่ได้บางครั้ง(เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) 10 คะแนน กลับได้เป็นปกติ	
รวมคะแนน	

**การแปลผล (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)**

0-20 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย

25-45 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย

50-70 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง

75-95 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก

100 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

ส่วนที่ 2

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก  
คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความ หรือใส่เครื่องหมาย “✓” ลงใน  หน้าข้อความ หรือเติมข้อความลงใน  
ช่องว่าง

## 1. เพศ

1. ชาย  2. หญิง

## 2. อายุ .....ปี

## 3. สถานภาพสมรส

1. โสด  2. สมรส  
 3. หย่าร้าง  4. หม้าย  
 5. แยกกันอยู่

## 4. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้รับการศึกษา  2. ประถม  
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น  4. มัธยมศึกษาตอนปลาย  
 5. ปริญญาตรี  6. สูงกว่าปริญญาตรี

## 5. อาชีพ

1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ  2. รับจ้างรายวัน  
 3. พนักงานประจำ  4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ  
 5. ค้าขาย  6. เกษตรกร  
 7. อื่นๆ โปรดระบุ.....

## 6. รายได้ต่อเดือน

1. ไม่มีรายได้  2. < 5,000 บาท  
 3. 5,000-10,000 บาท  4. 10,001-15,000 บาท  
 5. 15,001-20,000 บาท  6. 20,001-25,000 บาท  
 7. 25,001-30,000 บาท  8. > 30,000 บาท

## 7. ความเพียงพอของรายได้

1. ไม่เพียงพอ  2. เพียงพอ  3. เพียงพอและเหลือเก็บ

### 8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1. คู่สมรส  2. บิดา/มารดา
3. บุตร  4.ญาติ โปรรระบุ.....
5. อื่นๆ โปรรระบุ.....

### 9. ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ติดเตียง มาก่อนหรือไม่

1. ไม่เคย
2. เคยมีประสบการณ์.....เดือน

### 10. ปัจจุบันท่านดูแลผู้ป่วยจำนวนกี่ชั่วโมงต่อวันขณะอยู่โรงพยาบาล ระบุ.....ชั่วโมงต่อวัน

### 11. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

1. ไม่มีโรคประจำตัว
2. มีโรคประจำตัว โปรรระบุ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- เบาหวาน  ความดันโลหิตสูง
- ไขมันในเลือดสูง  ไตเรื้อรัง
- โรคหัวใจ  โรคอื่นๆโปรรระบุ.....

### 12. ท่านรับรู้ภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

1. สุขภาพไม่ดีมาก  2. สุขภาพไม่ดี
3. สุขภาพดีปานกลาง  4. สุขภาพดี
5. สุขภาพดีมาก

### 13. ท่านมีสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

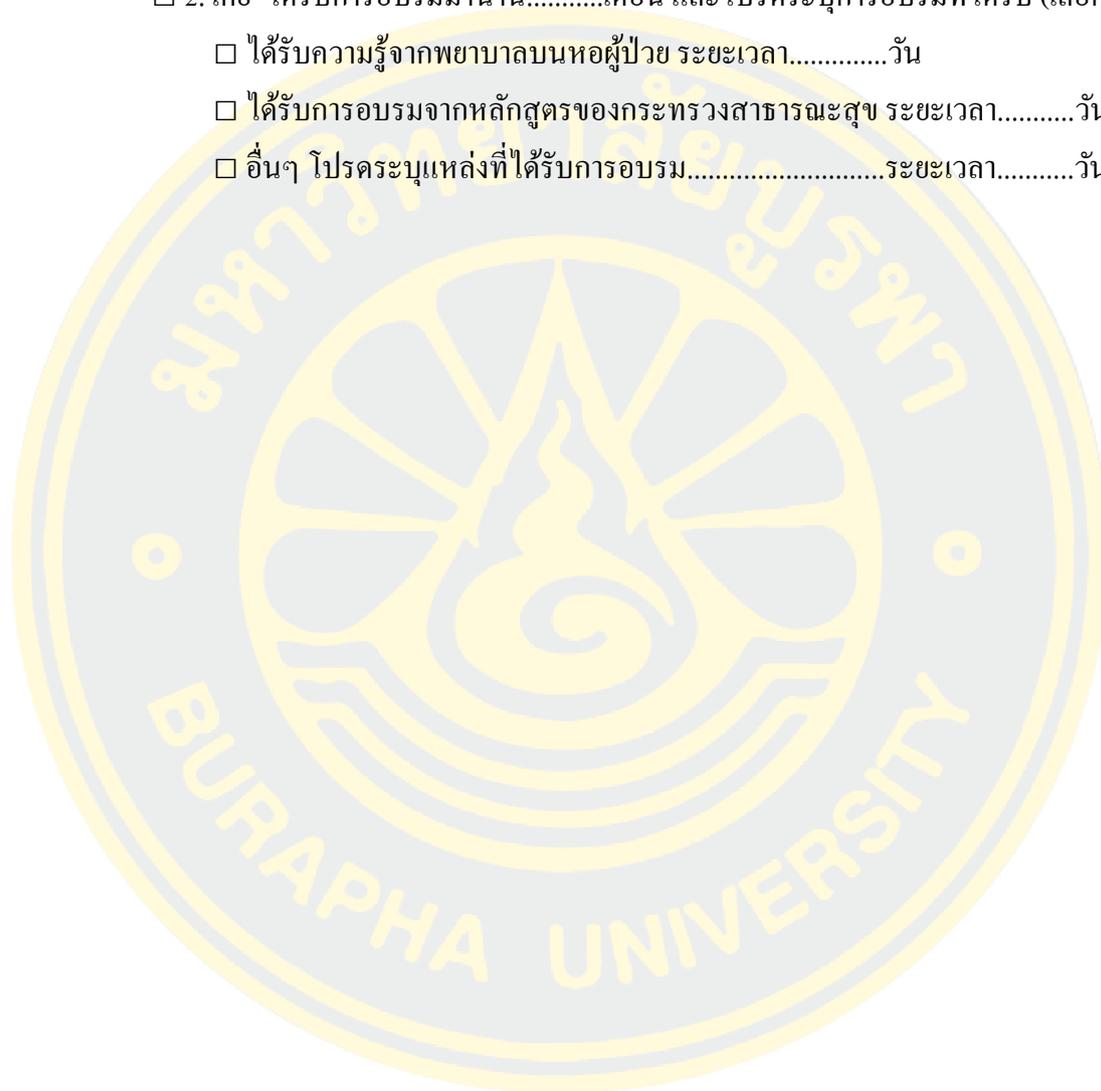
1. ไม่มีเลย  2. มี 1 คน
3. มี 2 คน  4. มีมากกว่า 2 คนขึ้นไป โปรรระบุจำนวน.....คน

### 14. นอกจากการดูแลผู้ป่วยแล้ว ท่านมีภาระหน้าที่ในการให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวท่านอื่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระหว่างการดูแลผู้ป่วยหรือไม่

1. ไม่มี
2. มี ถ้ามีโปรรระบุ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต (ล้างไต)
- ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน
- ดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ติดเตียง
- อื่นๆ โปรรระบุ.....

15. ท่านเคยได้รับการอบรมจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/  
ติดเตียง มาก่อนหรือไม่

- 1. ไม่เคย
- 2. เคย ได้รับการอบรมมานาน.....เดือน และโปรแกรมการอบรมที่ได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
  - ได้รับความรู้จากพยาบาลบนหอผู้ป่วย ระยะเวลา.....วัน
  - ได้รับการอบรมจากหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลา.....วัน
  - อื่นๆ โปรแกรมแหล่งที่ได้รับการอบรม.....ระยะเวลา.....วัน



ส่วนที่ 2
-----------

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด  
คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความ หรือใส่เครื่องหมาย “✓” ลงใน  หน้าข้อความ หรือเติม  
ข้อความลงในช่องว่าง (ข้อมูลในส่วนนี้ผู้วิจัยได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย)

1. เพศผู้ป่วย  1. ชาย  2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วยหรือไม่

1. ไม่มีโรคประจำตัว

2. มีโรคประจำตัว โปรดระบุ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

เบาหวาน

ความดันโลหิตสูง

ไขมันในเลือดสูง

ไตเรื้อรัง

โรคหัวใจ

โรคอื่นๆโปรดระบุ.....

BURAPHA UNIVERSITY

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด  
ส่วนของผู้วิจัย

1. การวินิจฉัยโรค.....
2. ผล CT-scan.....
3. ระดับความบกพร่องทางระบบประสาท (NIHSS).....คะแนน
4. ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI).....คะแนน
5. การรักษาที่ได้รับสำหรับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
  1. ไม่ได้รับยา rt-PA
  2. ได้รับยา rt-PA ภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมง
  3. ได้รับการทำ Thrombectomy
  4. ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ โปรดระบุ.....
6. สิทธิการรักษา
 

<input type="checkbox"/> 1. จ่ายเอง	<input type="checkbox"/> 2. เบิกจ่ายตรงจากต้นสังกัด
<input type="checkbox"/> 3. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	<input type="checkbox"/> 4. ประกันสังคม
<input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ ระบุ.....	
7. ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ..... วัน

## ส่วนที่ 2

## ชุดที่ 3 แบบประเมินการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

## สมอง

คำชี้แจง กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด และใส่เครื่องหมาย "  " ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

- ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมเลย หมายถึง ท่านรู้สึกว่าไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย
- ได้รับการเตรียมความพร้อมเล็กน้อย หมายถึง ท่านรู้สึกว่าได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเล็กน้อย
- ได้รับการเตรียมความพร้อมปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกว่าได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยปานกลาง
- ได้รับการเตรียมความพร้อมมาก หมายถึง ท่านรู้สึกว่าได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมาก
- ได้รับการเตรียมความพร้อมมากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกว่าได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

ข้อคำถาม	ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมเลย	ได้รับการเตรียมความพร้อมเล็กน้อย	ได้รับการเตรียมความพร้อมปานกลาง	ได้รับการเตรียมความพร้อมมาก	ได้รับการเตรียมความพร้อมที่สุด
1. ท่านได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด	0	1	2	3	4
2. ท่านได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลความต้องการทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด	0	1	2	3	4
3. ...	0	1	2	3	4
4. ...	0	1	2	3	4
5. ...	0	1	2	3	4
6. ...	0	1	2	3	4
7. ...	0	1	2	3	4
8. โดยภาพรวม ท่านได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด	0	1	2	3	4

## ส่วนที่ 2

## ชุดที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของญาติผู้ป่วย

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตัวท่านขณะนี้ โปรดเลือกทีละข้อแล้วใส่เครื่องหมาย

ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียง 1 ช่อง โดยมีลักษณะคำตอบ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นอย่างยิ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน
เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นอย่างยิ่ง

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันไม่รู้ว่ามีความผิดปกติอะไรกับผู้ป่วย	5	4	3	2	1
2. ฉันมีคำถามมากมายที่หาคำตอบไม่ได้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของญาติฉัน	5	4	3	2	1
3. ฉันไม่แน่ใจว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือแย่ลง	5	4	3	2	1
4. ...	5	4	3	2	1
5. ...	5	4	3	2	1
6. ...	1	2	3	4	5
7. ...	1	2	3	4	5
8. ...	5	4	3	2	1
9. ...	5	4	3	2	1
10. ...	1	2	3	4	5
11. ...	5	4	3	2	1

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแล	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
12. ...	1	2	3	4	5
13. ...	5	4	3	2	1
14. ...	5	4	3	2	1
15. ...	5	4	3	2	1
16. ...	5	4	3	2	1
17. ...	5	4	3	2	1
18. ...	5	4	3	2	1
19. ...	5	4	3	2	1
20. ...	5	4	3	2	1
21. ...	1	2	3	4	5
22. ...	5	4	3	2	1
23. ...	5	4	3	2	1
24. ...	5	4	3	2	1
25. ...	1	2	3	4	5
26. ...	5	4	3	2	1
27. ...	1	2	3	4	5
28. ...	1	2	3	4	5
29. ...	5	4	3	2	1
30. ...	1	2	3	4	5
31. ...	1	2	3	4	5
32. ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย สามารถที่จะ บอกได้อย่างชัดเจน	1	2	3	4	5
33. แพทย์และพยาบาล ใช้ภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ฉันจึงสามารถเข้าใจในสิ่งที่เขากำลังพูดกันอยู่	1	2	3	4	5

## ส่วนที่ 2

**ชุดที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**  
**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย "  " ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด  
**มากที่สุด** หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามมากที่สุด  
**มาก** หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามมาก  
**ปานกลาง** หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามปานกลาง  
**เล็กน้อย** หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามเล็กน้อย  
**ไม่มีเลย** หมายถึง ท่านไม่ได้รับการสนับสนุน หรือไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย

ข้อคำถาม	การได้รับการสนับสนุน					ผู้ให้การสนับสนุน
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย	
<b>ด้านอารมณ์</b>						<input type="checkbox"/> สมาชิกในครอบครัว
1. มีผู้มาเยี่ยมเยียนท่านอยู่เสมอ ขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วย	5	4	3	2	1	ระบุ ..... <input type="checkbox"/> ญาติ ระบุ.....
2. ท่านได้รับความไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วย	5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/> เพื่อน <input type="checkbox"/> พยาบาล
3. ...	5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/> แพทย์
4. ...	5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ
5. ...	5	4	3	2	1	.....

ข้อคำถาม	การได้รับการสนับสนุน					ผู้ให้การสนับสนุน
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย	
<b>ด้านการประเมิน</b>						<input type="checkbox"/> สมาชิกในครอบครัว
6 ผู้เฝ้ามองว่าท่านเป็นแบบอย่างที่ดีของสังคม	5	4	3	2	1	ระบุ .....
7. ...	5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/> ญาติ ระบุ..... <input type="checkbox"/> เพื่อน
8. ...	5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
<b>การสนับสนุนด้านข้อมูล</b>						
9. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยเป็นอยู่	5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/> สมาชิกในครอบครัว
10. ...	5	4	3	2	1	ระบุ .....
11. ...	5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/> ญาติ ระบุ..... <input type="checkbox"/> เพื่อน
12. ...	5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/> พยาบาล
13. ...	5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
<b>การสนับสนุนด้านทรัพยากร</b>						<input type="checkbox"/> สมาชิกในครอบครัว
14. ท่านได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเงินเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย	5	4	3	2	1	ระบุ .....
15. ...	5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/> ญาติ ระบุ..... <input type="checkbox"/> เพื่อน
16. ...	5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/> พยาบาล
17. มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระท่าน ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	5	4	3	2	1	<input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
18. ท่านได้รับความช่วยเหลือในการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย	5	4	3	2	1	

## ส่วนที่ 2

## ชุดที่ 6 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญฉบับย่อ (STAIS-5)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่า ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกเป็นจริงตาม

ข้อความแต่ละข้อนั้นมากน้อยเพียงใด โปรดเลือกตอบ โดยทำเครื่องหมายถูก  ลงในช่องทาง

ขวามือเพียง 1 ช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อมีตัวเลือกตอบได้ 4 ระดับ ดังนี้

**ไม่มีความรู้สึกนั้นเลย** หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านเลย

**มีความรู้สึกนั้นบ้างแต่น้อยครั้ง** หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านบ้างเล็กน้อย

**มีความรู้สึกนั้นค่อนข้างมาก** หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านค่อนข้างมาก

**มีความรู้สึกนั้นมากที่สุด** หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อความภาษาไทย	ไม่มีความรู้สึก นั้นเลย	มีความรู้สึก นั้นบ้างแต่ น้อยครั้ง	มีความรู้สึก นั้น ค่อนข้างมาก	มีความรู้สึก นั้นมาก ที่สุด
ฉันรู้สึกแย่	1	2	3	4
...	1	2	3	4
...	1	2	3	4
...	1	2	3	4
ฉันรู้สึกดี	1	2	3	4

## ส่วนที่ 2

## ชุดที่ 7 แบบสอบถามความยืดหยุ่นในชีวิต 10

(Davidson Resilience Scale 10)© (CD-RISC 10)

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย  ลงในข้อความที่ได้ระบุไว้ว่าตรงกับความจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากน้อยเพียงใดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ไม่จริงทั้งหมด หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย

ไม่จริงอย่างมาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามเล็กน้อย

ไม่จริงบางครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามปานกลาง

ไม่จริงบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามมาก

จริงเกือบตลอดเวลา หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามมากที่สุด

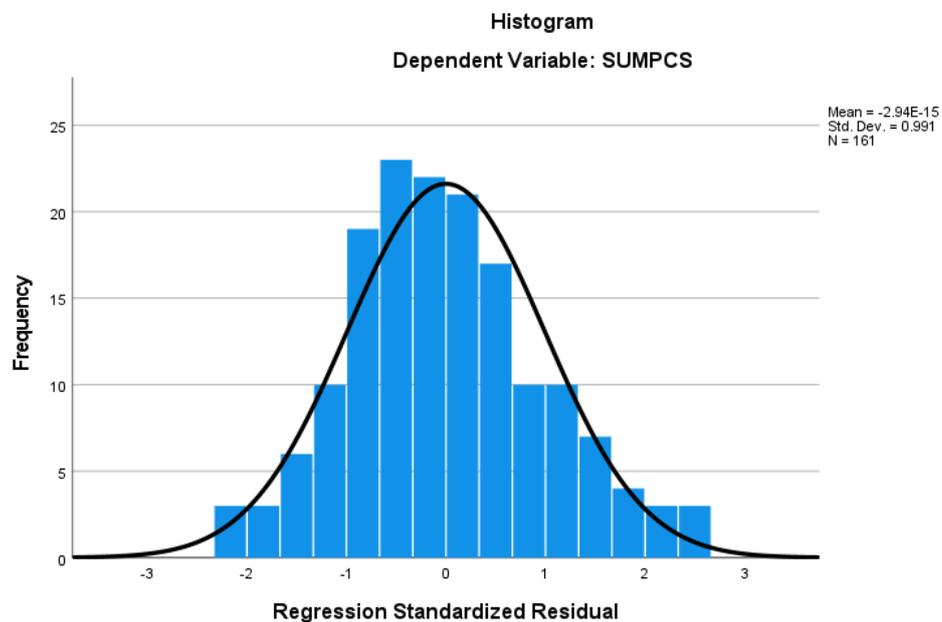
ข้อคำถาม	ไม่จริงทั้งหมด	ไม่จริงอย่างมาก	ไม่จริงบางครั้ง	จริงบ่อยครั้ง	จริงเกือบตลอดเวลา
1. ฉันสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้	0	1	2	3	4
2. ฉันสามารถจัดการกับสิ่งต่างๆที่เข้ามาไม่ว่าจะเป็นอะไรก็ตาม	0	1	2	3	4
3. ...	0	1	2	3	4
4. ...	0	1	2	3	4
5. ...	0	1	2	3	4
6. ...	0	1	2	3	4
7. ...	0	1	2	3	4
8. ...	0	1	2	3	4
9. ฉันคิดว่าตัวเองเป็นคนที่เข้มแข็ง	0	1	2	3	4
10. ฉันสามารถจัดการกับอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้	0	1	2	3	4



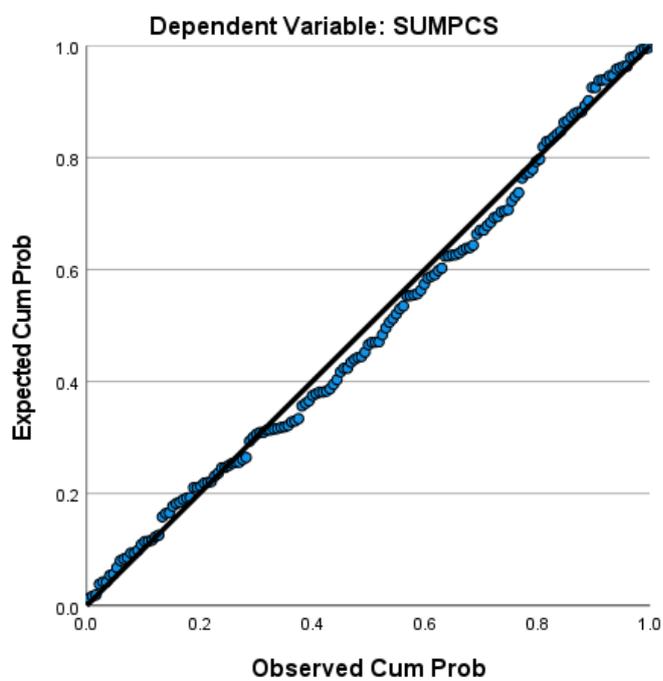
**ภาคผนวก ฅ**

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ

## 1. การทดสอบการแจกแจงโค้งปกติ (Normal distidution)



Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



## 2. การทดสอบ (Multivariate Outlier)

**Residuals Statistics<sup>a</sup>**

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1.2524	2.8792	2.0877	.33529	161
Std. Predicted Value	-2.491	2.361	.000	1.000	161
Standard Error of Predicted Value	.032	.116	.061	.021	161
Adjusted Predicted Value	1.1706	2.8794	2.0862	.33589	161
Residual	-.91233	1.08281	.00000	.40487	161
Std. Residual	-2.232	2.649	.000	.991	161
Stud. Residual	-2.247	2.721	.002	1.005	161
Deleted Residual	-.92414	1.14197	.00153	.41650	161
Stud. Deleted Residual	-2.276	2.778	.003	1.011	161
Mahal. Distance	.011	11.886	2.981	2.797	161
Cook's Distance	.000	.132	.007	.016	161
Centered Leverage Value	.000	.074	.019	.017	161

a. Dependent Variable: SUMPCS

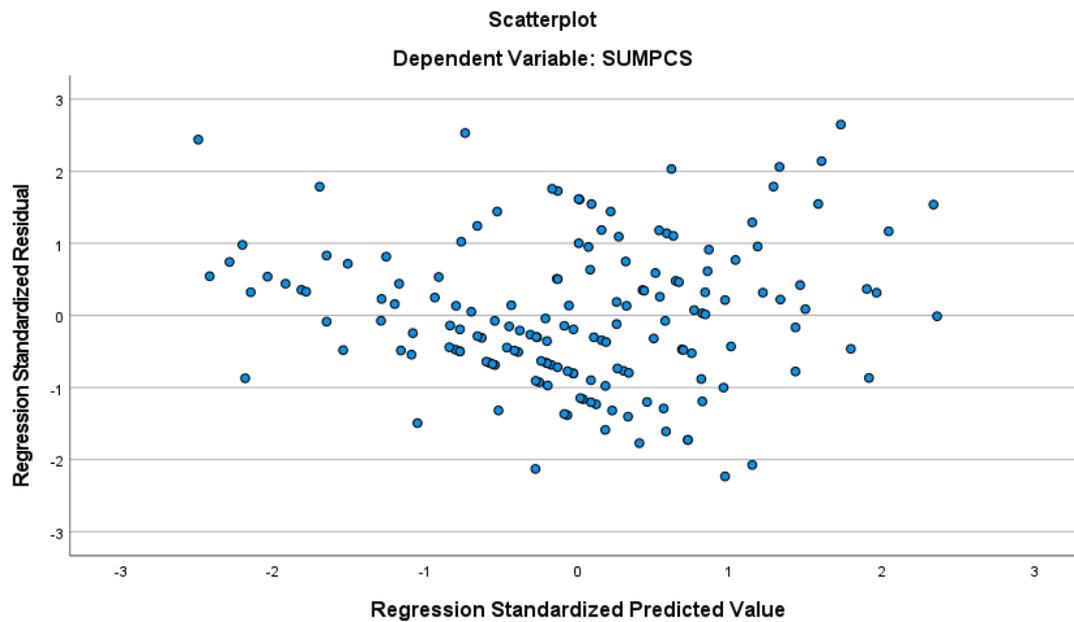
## 3. การทดสอบความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น (Multicollinearity)

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	4.699	.366		12.830	<.001					
	SUMUncertain	-1.282	.179	-.494	-7.165	<.001	-.494	-.494	-.494	1.000	1.000
2	(Constant)	5.016	.346		14.495	<.001					
	SUMUncertain	-.990	.176	-.381	-5.626	<.001	-.494	-.409	-.361	.894	1.119
	SUMSTAI5	-.513	.100	-.346	-5.104	<.001	-.470	-.376	-.327	.894	1.119
3	(Constant)	3.003	.620		4.842	<.001					
	SUMUncertain	-.771	.178	-.297	-4.332	<.001	-.494	-.327	-.266	.803	1.246
	SUMSTAI5	-.416	.100	-.281	-4.182	<.001	-.470	-.317	-.257	.837	1.195
	SUMRISC	.484	.126	.266	3.841	<.001	.481	.293	.236	.789	1.267

a. Dependent Variable: SUMPCS

#### 4. การทดสอบค่าความคาดเคลื่อนที่มีความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity)



#### 5. การทดสอบความเป็นอิสระต่อกัน (Autocorrelation)

**Model Summary<sup>d</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				Sig. F Change	Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2		
1	.494 <sup>a</sup>	.244	.239	.45848	.244	51.343	1	159	<.001	
2	.593 <sup>b</sup>	.351	.343	.42613	.107	26.053	1	158	<.001	
3	.638 <sup>c</sup>	.407	.395	.40872	.056	14.751	1	157	<.001	1.633

a. Predictors: (Constant), SUMUncertain

b. Predictors: (Constant), SUMUncertain, SUMSTAIS

c. Predictors: (Constant), SUMUncertain, SUMSTAIS, SUMRISC

d. Dependent Variable: SUMPCS

## ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวภัทราภรณ์ บุญโรจน์
วัน เดือน ปี เกิด	20 กรกฎาคม พ.ศ.2536
สถานที่เกิด	จังหวัดเพชรบูรณ์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	290 โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ต.ศรีราชา อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี 20110
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ.2559-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพพระคดับ 5 หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมและกุมารเวชกรรม (24A) โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2559 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา