

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
ในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

Factors Affecting the Coping Behavior of the Elderly Stroke Patients
in Prathai District, Nakhon Ratchasima Province.

(Received: June 29,2024 ; Revised: July 13,2024 ; Accepted: July 14,2024)

วีระพงษ์ ศรีประทาย¹

Weeraphong Sriprathai¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เคยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลประทาย จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงเดือนมกราคม – ตุลาคม 2565 จำนวน 102 คน โดยเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจภายในตน และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 71.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.9 โดยระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 ลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 58.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม ร้อยละ 51.0 โดยมีโรคร่วมมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.1 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 30.8 และโรคหัวใจ ร้อยละ 13.5 ตามลำดับ การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันส่วนใหญ่คือ รับประทานยาอย่างเดียว ร้อยละ 55.9 รองลงมาคือรับประทานยาร่วมกับทำกายภาพบำบัดเองที่บ้าน ร้อยละ 36.3 การวิเคราะห์หาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วม มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากกว่าที่ไม่มีโรคร่วม 3.1 เท่า (95% CI; 1.12-8.17) ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากกว่าที่แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก 3.9 เท่า (95% CI; 1.06-14.14) ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากกว่าที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับมาก 0.4 เท่า (95% CI; 0.14-0.96) โดยปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์

คำสำคัญ: การเผชิญปัญหา, ผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This study was a survey research. The aim was to study 1) coping behavior of the elderly stroke patients and 2) factors affecting the coping behavior of the elderly stroke patients. The subjects consisted of 102 elderly stroke patients who attended the Prathai hospital during January to October 2022, by choosing according to the specified characteristics. The instruments used were the Demographic Data Record Form, Barthel Activities of Daily Living Form, Interview questions (social support, self-esteem, internal locus of control and coping behavior). The statistics employed in analyzing the data were percentage, frequency, arithmetic means, standard deviation, and logistic regression analysis.

The research results revealed as follows the majority was male by 71.6 %, 52.9% were married, 76.3% were elementary level, and the majority was living with family was 58.8%, 51.0% were comorbidity followed by hypertension was 48.1%, secondly, diabetes was 30.8% and heart disease was 13.5%, respectively. The current

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ; สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

treatment is taking medicine only was 55.9%, secondly, taking medicine with home physical therapy was 36.3. Moreover, elderly stroke patients where comorbidity had poor coping behavior 3.1 time higher than the no comorbidity (OR = 3.1, 95% CI = 1.12-8.17). Subjects there is social support was moderate level had poor coping behavior 3.9 time higher than the social support was high level (OR = 3.9, 95% CI = 1.06-14.14). and subject internal locus of control was moderate level had poor coping behavior 0.4 time higher than the internal locus of control was high level (OR = 0.4, 95% CI = 0.14-0.96). The other factors were no significantly related.

Keyword: Coping, Elderly, stroke patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์ทั่วโลกว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ในแต่ละปี มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 17 ล้านคน¹ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 รองจากโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจ และอุบัติเหตุ อีกทั้งยังพบว่าผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 795,000 คนต่อปี² และมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 77 ล้านคนซึ่งจะมีผู้ป่วยรายใหม่ 23 ล้านคน³ สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ ซึ่งพบว่าในปี พ.ศ. 2558 ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 19,244 คน⁴ นอกจากนี้มีการศึกษาที่ศึกษาในประเทศไทยในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 19,997 คน พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในคนที่อายุมากกว่า 65 ปี มีร้อยละ 2.7 และอุบัติการณ์จะแตกต่างกันไปตามพื้นที่โดยพบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ในกรุงเทพมหานครและคาดว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ทั่วประเทศปีละ 150,000 คน นอกจากนี้จากรายงานสถิติของเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เขต 9 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยพบว่าในช่วงปีงบประมาณ 2555-2561 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองเพิ่มขึ้นจาก 3,307 คนต่อประชากร 1 แสนคน เป็น 7,071 คนต่อประชากร 1 แสนคน⁵ ดังนั้นโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นโรคที่มีความสำคัญอีกโรคหนึ่งของประชากรสูงอายุไทย

นอกจากปัญหาด้านร่างกายแล้วผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกระยะจะมีปัญหาด้านจิตใจหลายอย่างที่พบบ่อย ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความกลัว ความวิตกกังวล ความก้าวร้าว และความรู้สึกสูญเสีย เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่เกิดขึ้นรวดเร็วและในระยะเวลาอันสั้น ใน 2 สัปดาห์แรกพบว่าผู้ป่วยจะรู้สึกช็อคกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วิตกกังวล บางครั้งจะโกรธและปฏิเสธการเจ็บป่วยของตน ในช่วง 3 เดือนต่อมาของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะยังคงมีความวิตกกังวล มีความอายเนื่องจากความพิการที่หลงเหลือ และปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น⁶ โรบินสัน สตาร์ คูโบส และไพรัช⁷ ได้ศึกษาติดตามความผิดปกติด้านอารมณ์ในผู้ป่วยโรคนี้จำนวน 103 คน เป็นเวลาติดต่อกัน 2 ปี พบว่าในระยะเฉียบพลันผู้ป่วยเกือบร้อยละ 50 มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และร้อยละ 27 ของผู้ป่วยดังกล่าวจะมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ผู้ป่วยที่เหลือจะมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย โรบินสัน สตาร์ ลิปเชย์ ราวและไพรัช⁸ ยังรายงานว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้ยังคงมีภาวะซึมเศร้าอยู่นาน 7-8 เดือน และการศึกษาของไบเดอร์⁹ พบว่า ร้อยละ 26-60 ของผู้ป่วยโรคนี้มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวเกิดความพิการซ้ำซ้อน กลัวการถูกทอดทิ้ง รู้สึกผิดหวังในชีวิตเกรงว่าจะเป็นที่รังเกียจหรือเป็นภาระของครอบครัว สูญเสียความเป็นบุคคลและความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง เบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิด ทนทานต่อความเครียดได้น้อย ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนให้ปฏิบัติตามแบบแผนของสังคม ประเพณีและ

วัฒนธรรมที่เคยเป็นอยู่ บางคนคิดว่าตัวตาย หรือทำร้าย ผู้อื่น พบว่า อาการซึมเศร้าจะน้อยลงเมื่อเข้าสู่ระยะ 3-12 เดือน¹⁰ จากปัญหาของตัวผู้ป่วยเองส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดมากขึ้นได้ สำหรับในผู้ป่วยนั้นนอกจากจะมีความเครียดจากเหตุการณ์ทั่วไปในชีวิตเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปแล้วยังเครียดจากการเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ภายหลังการเจ็บป่วยด้วย ยิ่งความเจ็บป่วยรุนแรงยิ่งทำให้เกิดความเครียดสูง และเนื่องจากความเครียดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น อันจะส่งผลให้โรคที่เกิดแล้วรุนแรงขึ้นได้จากการมีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น หรือจากการมีเลือดออกในสมองมากขึ้น ปัญหาความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญ โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์จากโรคที่ก่อให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยจะต้องมีการเผชิญความเครียด หากผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมจะทำให้สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป¹¹

พฤติกรรมการเผชิญปัญหาเป็นความพยายามทั้งความคิดและการกระทำในการจัดการกับความเครียดซึ่งเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ซึ่งเป็นแหล่งของความเครียด โดยอาจจะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์โดยตรงหรือจัดการกับความรูสึกของตนเองเพื่อให้เกิดความสมดุลในตน ซึ่งแต่ละคนจะใช้การเผชิญปัญหาลักษณะส่วนจะใช้ลักษณะใดมากกว่านั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์แต่ละเรื่อง การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมจะทำให้ความเครียดหมดไปได้ บุคคลที่เผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดปัญหาจากความเครียด และเกิดโรคจิตโรคประสาทในภายหลังได้ และยังก่อให้เกิดปัญหาในการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยอีกด้วย สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนั้น หากเลือกวิธีเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม จะทำให้เกิดปัญหาความรุนแรงของโรคมามากขึ้นตามมาได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษางานวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเรื่องอุบัติการณ์การเกิดโรค

ปัจจัยเสี่ยง ปัญหาที่พบในผู้ป่วยและภาวะของผู้ดูแล มีเพียงการศึกษาของบอยันตัน เตอ เซพัลวีดาและแขง¹² ที่ศึกษาประสิทธิภาพการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันที่มีความพิการ และได้รับการวินิจฉัยโรคมาแล้ว 3 ปี จำนวน 75 ราย พบว่า แหล่งประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียด และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพการเผชิญความเครียด การเป็นโรคหลอดเลือดสมองทำให้ประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียดลดลงแต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในเรื่องความเครียดและการเผชิญกับความเครียดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะต่างๆ

จากการที่ผู้วิจัยทำงานระดับตำบลซึ่งมีโอกาสได้ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอย่างใกล้ชิด มองเห็นความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบกับสภาพของผู้ดูแล คอบครัว ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถทำงาน ทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ต้องการคนดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ท้อแท้และหมดกำลังใจในชีวิต จากการศึกษาค้นคว้าและประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่า ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละระยะนั้นแตกต่างกัน ดังนั้นความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละระยะจึงน่าจะมีความแตกต่างกัน รวมทั้งการให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยในแต่ละระยะจึงควรมีความแตกต่างกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่าอะไร คือสาเหตุที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายมีความแตกต่างกันในการเผชิญปัญหา (Coping Behaviors) เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละรายที่จะต้องดูแลแบบองค์รวม คือ ดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ควบคู่กันไปด้วย

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เคยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลประทาย จังหวัดนครราชสีมาในช่วงเดือนมกราคม - ตุลาคม 2565 ทั้งหมดจำนวน 139 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เคยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลประทาย จังหวัดนครราชสีมาในช่วงเดือนมกราคม - ตุลาคม 2565 ที่ได้รับคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) ติดต่อสื่อสารด้วยการพูดได้รู้เรื่อง
- 2) ไม่มีปัญหาในเรื่องการรับรู้ โดยผ่านการประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) ตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป¹³

- 3) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยมีสาเหตุจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง ไม่รวมถึงการเกิดจากการบาดเจ็บที่ศีรษะเนื้องอก หรือการติดเชื้อ

ซึ่งวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การคัดเข้า รวมทั้งหมด 102 คน เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างใช้ความน่าจะเป็นวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Ransom Sampling) แบบจับฉลากไม่ใส่กลับ จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์โดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และคำถาม

ปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย โรคประจำตัวอื่นๆ และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index หรือ BAI) เป็นชุดข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะ 24-48 ชั่วโมง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ แบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้¹⁴ ดังนี้

0-4 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
5-8 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย
9-12 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง

12-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ดี

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 28 ข้อ มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มากที่สุดเกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 5 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 1 คะแนน, มาก เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 4 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 2 คะแนน, ปานกลาง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกและเชิงลบ ให้ 3 คะแนน, น้อยเกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 2 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 4 คะแนน, น้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 5 คะแนน การแปลความหมายระดับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยคิดคะแนนจากค่าพิสัย (Range)²⁰ คือ (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้นที่ต้องการ จึงได้ $(5 - 1)/3 = 1.33$

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.33 แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.67 แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.68 - 5.00 แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีลักษณะการ

วัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 5 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 1 คะแนน, มาก เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 4 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 2 คะแนน, ปานกลาง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกและเชิงลบ ให้ 3 คะแนน, น้อยเกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 2 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 4 คะแนน, น้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 5 คะแนน การแปลความหมายระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยคิดคะแนนจากค่าพิสัย (Range)²⁰ คือ (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนขั้นที่ต้องการ จึงได้ $(5 - 1)/3 = 1.33$

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.33 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.67 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.68 - 5.00 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายในตน โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) คือ จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง และไม่จริงเลย จริงที่สุดเกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 6 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 1 คะแนน, จริง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 5 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 2 คะแนน, ค่อนข้างจริง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 4 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 3 คะแนน, ค่อนข้างไม่จริง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 3 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 2 คะแนน, ไม่จริง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 2 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 5 คะแนน, ไม่จริงเลย เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 6 คะแนน การแปลความหมายระดับความเชื่ออำนาจภายในตน โดยคิดคะแนนจากค่าพิสัย (Range)²⁰ คือ (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนขั้นที่ต้องการ จึงได้ $(6 - 1)/3 = 1.67$

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.67 ความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.68 - 4.35 ความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.36 - 6.00 ความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยศึกษาจากเอกสารทางวิชาการและศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ (Rating Scale) คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย เป็นประจำ เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 5 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 1 คะแนน, บ่อยครั้ง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 4 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 2 คะแนน, บางครั้ง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกและเชิงลบ ให้ 3 คะแนน, นานๆครั้ง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 2 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 4 คะแนน, ไม่ปฏิบัติเลย เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 5 คะแนน การแปลความหมายระดับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยคิดคะแนนจากค่าพิสัย (Range)²⁰ คือ (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนขั้นที่ต้องการ จึงได้ $(5 - 1)/2 = 2.00$ โดยยุบขั้นของตัวแปรเป็น 2 ชั้น เพื่อให้ได้ตัวแปรที่เหมาะสมและมีความสามารถในการทำนายที่ดีขึ้น

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 3.0 พฤติกรรมการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.01 - 5.00 พฤติกรรมการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 โดย

นำเอาแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการของครอนบาช (Cronbach's Method) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98, 0.82, 0.76 และ 0.89 ในส่วนของแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เชื่ออำนาจภายในตน และพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตุลาคม 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติพรรณนา แสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยอย่างง่าย (Simple logistic regression) นำเสนอผลการศึกษาด้วยค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Odds ratio: OR) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงเชื่อมั่น (95% Confidence interval: 95% CI)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการวิจัย NRPH 098 ณ วันที่ 1 กันยายน 2565

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 71.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.9 โดยระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ ประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 ลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 58.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม ร้อยละ 51.0 โดยโรคร่วมมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.1 รองลงมาคือ

โรคเบาหวาน ร้อยละ 30.8 และโรคหัวใจ ร้อยละ 13.5 ตามลำดับ การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันส่วนใหญ่คือรับประทานยาอย่างเดียว ร้อยละ 55.9 รองลงมาคือรับประทานยาร่วมกับทำกายภาพบำบัดเองที่บ้าน ร้อยละ 36.3

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

จากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index หรือ BAI) ซึ่งเป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุนั้น ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ 5-8 คะแนน คือ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ ระดับ 9-12 คะแนน คือ ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง ร้อยละ 33.3 และระดับ 0-4 คะแนน คือ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ

3. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาด้านปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.25$, S.D. = 0.229) โดยข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ในระดับมาก คือ ท่านได้รับความรัก และความเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด ($\bar{X} = 3.98$, S.D. = 0.847) รองลงมาคือ เมื่อครอบครัวของท่านมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ($\bar{X} = 3.97$, S.D. = 0.841) และ บุคคลใกล้ชิดชื่นชมและให้กำลังใจท่านเมื่อท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ได้ถูกต้อง ($\bar{X} = 3.69$, S.D. = 0.783) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ในระดับปานกลาง คือ บุคคลใกล้ชิดให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อประคับประคองในขณะที่ท่านรักษาอาการป่วย ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 1.007) รองลงมาคือ บุคคลใกล้ชิดให้การยกย่องและนับถือท่าน ($\bar{X} = 2.71$, S.D. = 1.040) และ บุคคลใกล้ชิดส่งเสริมให้ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อต่างๆ ($\bar{X} = 2.77$, S.D. = 1.125)

4. ปัจจัยด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ผลการศึกษาปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.11, S.D. = 0.377$) โดยข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในระดับมาก คือ ท่านภูมิใจที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ($\bar{X} = 4.30, S.D. = 0.610$) รองลงมาคือ ท่านสามารถทำประโยชน์ให้ตนเอง ครอบครัว และสังคมได้ ($\bar{X} = 4.07, S.D. = 0.904$) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ในระดับปานกลาง คือ ท่านยังสามารถหารายได้ให้กับครอบครัวได้ ($\bar{X} = 2.52, S.D. = 1.012$) รองลงมาคือ ท่านมีความเข้มแข็งในการต่อสู้กับปัญหาชีวิต ($\bar{X} = 2.54, S.D. = 1.059$) และสมาชิกในครอบครัวยอมรับในความสามารถของท่าน ($\bar{X} = 2.58, S.D. = .784$)

5. ปัจจัยด้านความเชื่ออำนาจภายในตน

ผลการศึกษาปัจจัยด้านความเชื่ออำนาจภายในตนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.03, S.D. = 0.379$) โดยข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในระดับมาก คือ เมื่อท่านป่วยการกระทำของท่านจะเป็นตัวกำหนดว่าท่านจะหายเร็วหรือช้า ($\bar{X} = 5.25, S.D. = 0.604$) รองลงมาคือ ท่านดูแลสุขภาพด้วยตัวท่านเอง ($\bar{X} = 5.06, S.D. = 0.781$) และ การที่ท่านมีสุขภาพไม่ดีแบบนี้ เป็นเพราะท่านโชคไม่ดี ($\bar{X} = 5.05, S.D. = 1.047$) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ในระดับปานกลาง คือ ท่านสามารถป้องกันตนเองไม่ให้เป็นโรคได้ ($\bar{X} = 2.93, S.D. = 0.799$) รองลงมาคือ การเจ็บป่วยในบางครั้งเป็นเพราะโชค เคราะห์ หรือความบังเอิญ ($\bar{X} = 2.97, S.D. = 1.198$) และ โชคชะตาเป็นตัวกำหนดว่า ท่านจะหายป่วยได้เร็วหรือช้า ($\bar{X} = 3.28, S.D. = 1.018$)

6. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับดี (\bar{X}

$= 3.34, S.D. = 0.264$) โดยข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ที่มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับดี คือ ท่านให้กำลังใจตัวเอง ($\bar{X} = 4.29, S.D. = 0.623$) รองลงมาคือ ท่านรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า ($\bar{X} = 3.88, S.D. = 0.664$) และ ท่านรู้สึกอารมณ์เย็น และสงบ ($\bar{X} = 3.74, S.D. = 0.596$) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ที่มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับไม่ดี คือ ท่านรู้สึกท้อแท้ และหดหูใจ ($\bar{X} = 2.51, S.D. = 1.060$) รองลงมาคือ ชีวิตท่าน เกิดมาเพื่อชดใช้กรรม ($\bar{X} = 2.84, S.D. = 1.060$) และ ท่านบอกตนเองไม่ต้องวิตกทุกอย่างอาจจะดีขึ้น ($\bar{X} = 2.84, S.D. = 0.754$)

7. การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

การวิเคราะห์หาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย โรคประจำตัวอื่นๆ และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนประเภทของโรคร่วมอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.025$) โดยผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 32.0 เมื่อพิจารณาโอกาสเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดี พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วม มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีโรคร่วม 3.1 เท่า (95% CI; 1.12-8.17) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย โรคประจำตัวอื่นๆ และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน กับพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n=102)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหา				P-value	OR	95% CI for OR	
	ระดับไม่ดี		ระดับดี				Lower	Upper
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
1. เพศ					.182			
ชาย ^{Ref}	19	26.0	54	74.0				
หญิง	4	13.8	25	86.2		2.2	0.68 7.14	
2. สถานภาพสมรส					.586			
โสด ^{Ref}	6	27.3	16	72.7				
สมรส	10	18.5	44	81.5		1.1	0.28 3.65	
หม้าย/หย่า/แยก	7	26.9	19	73.1		1.7	0.52 5.28	
3. ระดับการศึกษาสูงสุด					.374			
ไม่ได้ศึกษา ^{Ref}	7	30.4	16	69.6				
ประถมศึกษา	15	22.1	53	77.9		4.4	0.47 41.07	
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	9.1	10	90.9		1.5	0.54 4.45	
4. ลักษณะการอยู่อาศัย					.711			
อาศัยอยู่กับครอบครัว ^{Ref}	14	23.3	46	76.7				
อาศัยอยู่คนเดียว	3	15.8	16	84.2		1.6	0.41 6.39	
อาศัยอยู่กับคู่สมรส	6	26.1	17	73.9		0.9	0.29 2.61	
5. ประเภทของโรคร่วมอื่นๆ					.025*			
ไม่มีโรคร่วม ^{Ref}	7	13.5	45	86.5				
มีโรคร่วม	16	32.0	34	68.0		3.1	1.12 8.17	
6. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน					.767			
รับประทานยาอย่างเดียว ^{Ref}	13	22.8	44	77.2				
รับประทานยาร่วมกับทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาล	1	12.5	7	87.5		2.1	0.23 18.38	
รับประทานยาร่วมกับทำกายภาพบำบัดเองที่บ้าน	9	24.3	28	75.7		0.9	0.35 2.43	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์หาข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเชื่ออำนาจภายในตนที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.031) โดยผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางมีพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 28.6 เมื่อพิจารณาโอกาสเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหา

ที่ไม่ดี พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก 3.9 เท่า (95% CI; 1.06-14.14)

ความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.036) โดยผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มี

ความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับปานกลางมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 31.9 เมื่อพิจารณาโอกาสเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดี พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับมาก 0.4 เท่า (95% CI; 0.14-0.96) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเชื่ออำนาจภายในตน กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n=102)

ตัวแปรที่ศึกษา	พฤติกรรมการเผชิญปัญหา				P-value	OR	95% CI for OR	
	ระดับไม่ดี		ระดับดี				Lower	Upper
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน					.482			
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ^{Ref}	5	29.4	12	70.6				
ช่วยเหลือตนเองได้น้อย	9	17.6	42	82.4		1.9	0.55 - 6.91	
ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง	9	26.5	25	73.5		1.2	0.32 - 4.21	
แรงสนับสนุนทางสังคม					.031*			
แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ^{Ref}	3	9.4	29	90.6				
แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง	20	28.6	50	71.4		3.9	1.06 - 14.14	
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง					.513			
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ^{Ref}	14	25.0	42	75.0				
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมาก	92	19.6	37	80.4		1.4	0.53 - 3.53	
ความเชื่ออำนาจภายในตน					.036*			
ความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับมาก ^{Ref}	8	14.5	47	85.5		0.4	0.14 - 0.96	
ความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับปานกลาง	15	31.9	32	68.1				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ในส่วนของประเภทของโรคร่วมอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value =

0.025) โดยผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมมีพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 32.0 เมื่อพิจารณาโอกาสเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดี พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วม มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีโรคร่วม 3.1 เท่า (95% CI; 1.12-8.17) ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วมีโรคร่วมนั้น โอกาสที่จะมีพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดี ซึ่งตามแนวคิดของลาซาร์สและโพล์คแมน¹¹ ความเครียดเกิดขึ้นจากการใช้สติปัญญาประเมินปัจจัยด้านบุคคล สถานการณ์เฉพาะหน้า รวมทั้งความสามารถในการเผชิญความเครียดของตน การที่บุคคลมีความเครียดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ การประเมินสถานการณ์ว่ามีความสำคัญหรือมีความรุนแรงต่อตนเองมากน้อยเพียงใด เนื่องจากเป็นโรคที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ รวมทั้งโรคนี้อย่างเป็นโรคเรื้อรังที่มีปัญหาสำคัญ คือ ทำให้เกิดความพิการขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความจำกัดในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย โดยที่กลุ่มตัวอย่างยังมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งโรคที่พบนั้นยังเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดจากการป่วยเพิ่มมากขึ้น¹⁵

2. การวิเคราะห์ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.031) โดยผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางมีพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 28.6 เมื่อพิจารณาโอกาสเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดี พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก 3.9 เท่า (95% CI; 1.06-14.14) สอดคล้องกับการศึกษาของนันท์นิ ศุภมมงคล⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า นิสิตนักศึกษาที่ได้รับการสนับสนุน

ทางสังคมมีความรู้สึกที่ว่า ตนเองได้รับความช่วยเหลือตลอดเวลาแม้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นก็ตามทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น มั่นใจ เชื่อมมั่นว่าตนเองจะสามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้มีปฏิกิริยาต่อสถานการณ์ที่มาคุกคามในทางลบน้อยลง รู้ถึงความสามารถของตนเอง รู้จักวิธีแก้ปัญหา ซึ่งมีผลให้นิสิตนักศึกษาที่มีศักยภาพในการเผชิญปัญหาโดยใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่นและมีความสุข และสอดคล้องกับการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างพบว่า เวลาที่ประสบความเครียดหรือปัญหานั้น การได้พูดคุยระบายความอัดอั้นดังกล่าวจะช่วยบรรเทาความเครียดจากการเผชิญปัญหาได้ แต่การแก้ปัญหาจริงๆ จะอยู่ที่ตัวเองเป็นผู้ทบทวนและตัดสินใจ และการตัดสินใจนั้นก็นำความคิดเห็น คำแนะนำที่ได้รับมาคิดไตร่ตรองกับความคิดของตนเองด้วยเช่นกัน

3. การวิเคราะห์ปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน ตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.036) โดยผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับปานกลางมีพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 31.9 เมื่อพิจารณาโอกาสเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดี พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับมาก 0.4 เท่า (95% CI; 0.14-0.96) สอดคล้องกับแนวคิดของบรูม¹⁷ ที่กล่าวถึงแรงจูงใจที่จะผลักดันภายในตัวบุคคลให้กระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายนั้น เป็นผลมาจากความสัมพันธ์ของการรับรู้ถึงคุณค่าของผลสำเร็จและความคาดหวังในผลสำเร็จด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสิริอัฐพร สุวิ¹⁸ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาแบบมีประสิทธิภาพของวัยรุ่นและสามารถพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการเผชิญ

ปัญหาแบบมีประสิทธิภาพได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุกะ อภิญาภิบาล¹⁹ ที่พบว่า ความเชื่อในอำนาจภายในตนของนักศึกษา ส่งผลทางบวกต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคสอดคล้องกับการที่ได้สัมผัสเชิงลึก ที่พบว่าเกี่ยวกับการเรียนของกลุ่มตัวอย่างที่พยายามสร้างแรงผลักดันภายในจิตใจให้พยายามตั้งใจเรียนให้ผลการเรียนในระดับที่ดี เพราะมีความคาดหวังในผลสำเร็จนั้นที่จะทำให้ตนเองประสบความสำเร็จในด้านการงานและด้านการศึกษาต่อ รวมทั้งสร้างภูมิภาคภูมิใจให้แก่ครอบครัวของตนเองด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 นโยบายการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองควรมีการดำเนินการแบบองค์รวมและมีความครอบคลุม ปัจจุบันมีผู้สูงอายุเริ่มมีการป่วยโดยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมาก ควรเพิ่มบุคลากรด้านการดูแลด้านสุขภาพจิต ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ระยะฟื้นฟูสุขภาพระยะแรกจนถึงระยะฟื้นฟูสุขภาพระยะหลัง

1.2 นโยบายด้านการรณรงค์ป้องกันปัญหาโรคหลอดเลือดสมองทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผู้สูงอายุทั่วไป เพื่อให้เห็นถึงความรุนแรงทั้งทางด้านพยาธิสภาพของโรค ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว กับภาระที่ต้องดูแล ตลอดจนค่าใช้จ่ายของภาครัฐที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก

1.3 นโยบายด้านบุคลากรสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา โดยการเพิ่มจำนวนบุคลากรให้เพียงพอต่อความต้องการในการเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ จากผลการศึกษานี้ ความเชื่ออำนาจภายในตนเป็นตัวแปรที่ส่งต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สูงสุด ดังนั้นควรดำเนินการ ดังนี้

2.1 ควรมีการสร้างความเชื่ออำนาจภายในตนโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับนักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์

2.2 ควรมีการจัดสรรบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาดูแลผู้ป่วยที่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อร่วมสร้างสุขภาพกาย จิต สังคม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ต่อครอบครัว และสังคม มีพลังความเชื่อมั่นตนเองที่จะเผชิญปัญหาได้อย่างเข้มแข็งต่อไป

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพถึงปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละระยะ เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนในการให้บริการด้านการแพทย์เพื่อลดความเครียดได้อย่างเหมาะสมต่อไป

3.2 ควรมีการศึกษาหารูปแบบของการส่งเสริมพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. World Stroke Organization (WSO) Annual Report 2017. [internet]. 2022. [2022, November 2] from https://www.world-stroke.org/assets/downloads/Annual_Report_2017_online.pdf
2. Benjamin, C. L., Puleo, C. M., Settiani, C. A., Brodman, D. M., Edmunds, J. M., Cummings, C. M., & Kendall, P. C. (2011). History of cognitive-behavioral therapy in youth. Child Adolescent Psychiatric Clin N Am, 20(2), 179-189.
3. Abascal, J. V., Hernandez, Y. G., Mederos, L. E. A., & Caballero, Y. V. (2016). Modifiable risk factors in uncontrolled high blood pressure patients of Banjul, Gambia. Correo Scientific Medico, 20(3).
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 – 2564; 2559.

- 5.สมศักดิ์ เทียมเก่า. รักษาสมอง. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2562.
- 6.Langton-Hewer, R. Psychosocial aspects of stroke rehabilitation. In F.C. Rose (Ed.), *Advances in stroke therapy*. (pp. 313-317). New York: Raven.1982.
- 7.Robinson, R.G., & Price, T.R. Post-stroke depressive disorders: A follow-up study of 103 patients. *Stroke*, 13 (5), 635-641. 1982.
- 8.Robinson, R.G., Kubos, K.L., Starr, L.B., Rao, K., & Price, T.R. Mood changes in stroke patients: Importance of location of lesion. *Brain*, 107, 81-93. 1984.
- 9.Binder, L.M. Emotional problems after stroke. *Stroke*, 15, 174-177. 1984.
- 10.Wade, D. T., Legh-Smith, J., & Hewer, R. L. Effects of living with and looking after survivors of a stroke. *British Medical Journal*, 193, 418-420. 1986.
- 11.Lazarus, R.S., & Folkman, S. *Stress appraisal and coping*. New York: Spring Publishing. 1984.
- 12.Sepulveda, Boynton, De ,L.I., and Chang B. "Effective coping with stroke disability in a community setting : The development of a causal model." *Lournal of Neuroscience Nursing* 26, 4 (April 1994) : 193-203.
- 13.กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบทดสอบสภาพสมองของไทย. *สารศิริราช*, 45(6),359-374. 2536.
- 14.สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. ระบบสวัสดิการและการดำเนินการสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารพดุมหาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 2 (1), หน้า 39 - 42. 2544.
- 15.Bronstein, K.S. Psychosocial component in stroke implication for adaptation. *Nursing Clinics of North America*, 26, 1007-1017. 1991.
- 16.นันทินี ศุภมงคล. ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และกลวิธีการเผชิญปัญหาของนิสิตนักศึกษา . ม.ป.ท.:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557.
- 17.บุรียา แต่งพันธ์ และ คณิต เขียววิชัย. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรมการเผชิญปัญหาของนักศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร พระราชวังสนามจันทร์. *วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์* 2558, 26(1), 27-38.
- 18.สิริอนันฐพร สุวี. ความสามารถในการพยากรณ์ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกรมการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต*, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
- 19.สุภา อภิญาภิบาล. "Adversity Quotient." *วารสารการวัดผลการศึกษา* 2556, 82 : 13-25
- 20.วิรัตน์ ปานศิลา. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์, 2544.