

การพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

The Development of Adaptive Behavior Scales for Stroke Patient

ปิยบุตร เกตุวิริยะกุล, อาดัม นีละไพจิตร และวารังกนา รัชตะวรวงศ์

Piyabud Ketwiriyakul, Adam Neelapaijit, and Warangkana Ratchatawan

สถาบันราชสุดา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Ratchasuda Institute, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

E-mail¹ : piyabudpingpong@gmail.com

Date Received : 20 November 2025

Date Revised : 14 March 2026

Date Accepted : 19 March 2026

Date Published online : 27 March 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 107 คน ที่เข้ารับบริการ ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นมีคำถาม 46 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการปรับตัว 4 ด้าน มีค่าความตรงตามเนื้อหา 0.95 ค่าความเชื่อมั่น 0.91 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ 0.21–0.49 ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวในระดับดี ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปรับตัว ได้แก่ ครั้งที่เกิดโรค ความสามารถในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านในด้านข้อมูลข่าวสาร การประเมิน และวัตถุประสงค์ของ และภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพดีถึงดีมาก ข้อคำถามชัดเจน เข้าใจง่าย และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การประเมิน สามารถใช้ประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลให้บุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรองภาวะซึมเศร้า การฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจกรรม และการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและการประเมินค่า เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่ดีขึ้น

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ (corresponding author)

คำสำคัญ : แบบประเมินพฤติกรรมการปรับตัว, โรคหลอดเลือดสมอง, ความสามารถในการทำกิจกรรม, การสนับสนุนทางสังคม, ภาวะซึมเศร้า

Abstract

This study is research and development project aimed at developing and validating Adaptive Behavior Scales for stroke patients and studying factors related to adaptive behavior. The sample consisted of 107 stroke patients who received rehabilitation services at SNMRI. Research instruments included the Personal Data Questionnaire, the Barthel Index of Activities of Daily Living, a Social Support Assessment Scale, the PHQ-9 Thai version, and an Adaptive Behavior Scale for stroke patients developed by the researcher. Data were analyzed using descriptive statistics, one-way ANOVA, and Pearson's correlation coefficient. The results showed that the development of Adaptive Behavior Scales for stroke patients consisted of 46 items covering four domains of adaptive behavior, with a content validity index of 0.95, a reliability coefficient of 0.91, and item discrimination power ranging from 0.21 to 0.49. Stroke patients demonstrated good overall adaptive behavior. Factors related to adaptive behavior included the occurrence of stroke, level of ADLs, overall social support, and its specific domains such as informational, appraisal, and tangible support, as well as depression. The findings indicate that the developed assessment scale demonstrated good to very good quality. The items were clear, easy to understand, and consistent with the objectives of the assessment. The scale can be effectively utilized to assess adaptive behaviors among stroke patients. Moreover, the findings provide valuable information for healthcare professionals working with stroke patients and their families, emphasizing that screening for depression, enhancing ADLs, and promoting informational and appraisal support can effectively enhance patients' adaptive behavior.

Keywords: Adaptive Behavior Scale, Stroke, Activities of Daily Living (ADLs), Social support, Depression

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่พบได้บ่อยที่สุด มีสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง และนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระดับโลก โดยผู้ป่วยมักหลงเหลือความบกพร่องหรือเกิดความพิการเกิดเป็นผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านร่างกาย ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (Singhpoo et al., 2009; รุ่งนภา จันทรา และคณะ, 2560) กระทบเชื่อมโยงไปยังด้านจิตใจและอารมณ์ เกิดความรู้สึกลดลงเสียทั้งร่างกายและความสามารถ เครียด วิตกกังวล หงุดหงิด อารมณ์แปรปรวน ยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองไม่ได้ (Gum et al., 2006; ทักษิณก บัวเจริญ และคณะ, 2552) ขณะที่ผลกระทบทางด้านสังคมจะทำให้ผู้ป่วยแยกตัว มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง บทบาทหน้าที่ทางครอบครัวและสังคมเปลี่ยนไป (กวิรินทร์นาฏ บุญชู และคณะ, 2554) และกระทบต่อเนื่องไปถึงภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวที่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาฟื้นฟู และขาดรายได้หากกรณีผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบหลักด้านรายได้ครอบครัว (Singhpoo et al., 2009)

จากปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องพยายามปรับตัวต่อความเจ็บป่วยพิการที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามศักยภาพที่มีอยู่อย่างมีคุณภาพสูงสุด (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2556) โดยลักษณะการปรับตัวที่ดีของผู้ป่วยจะแสดงออกถึงการยอมรับการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะพยายามดูแลสุขภาพ ทำกิจกรรมด้วยตนเอง มีการปรับเปลี่ยนบทบาทในการดำรงชีวิต (วรลักษณ์ ทองใบปราสาท และคณะ, 2550) แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้จะนำไปสู่ความบกพร่องด้านร่างกายที่รุนแรงและเรื้อรัง รวมถึงปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อฟื้นฟูสมรรถภาพ (รจน์ เฟิงแก้ว, 2551) นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยปัจจัยด้านอายุจะเป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงความแตกต่างด้านประสบการณ์ชีวิตและวุฒิภาวะ ซึ่งส่งผลต่อแนวคิด บทบาทหน้าที่ และกระบวนการปรับตัวในสังคม ระดับการศึกษามีผลต่อความสามารถในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลตนเอง ซึ่งเอื้อต่อการเผชิญปัญหาและจัดการปัญหาจนนำไปสู่การปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ครั้งที่เกิดโรคสัมพันธ์กับการปรับตัว เนื่องจากผู้ป่วยที่เกิดโรคซ้ำมักมีความพิการและภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการปรับตัวลดลง ขณะที่ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีผลต่อการปรับตัว เนื่องจากการปรับตัวต้องอาศัยเวลาในการยอมรับความพิการและพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิต (Chiu et al., 2013) นอกจากนี้ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมความสามารถในการปรับตัว เนื่องจากสะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเอง ความเป็นอิสระ และภาคภูมิใจในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัวมีส่วนช่วยเสริมแรงทางอารมณ์ ลดผลกระทบทางจิตใจ และเพิ่มความสามารถในการยอมรับความพิการ และปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม (Chai et al., 2016; Zhang et al., 2018) ขณะที่ภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการยอมรับความเจ็บป่วย เนื่องจาก ภาวะซึมเศร้าทำให้บุคคลขาดแรงจูงใจในการเผชิญปัญหา ดำเนินชีวิต และมีความสามารถในการปรับตัวลดลง (Guzek & Kowalska, 2020; Zhang et al., 2018; Chai et al., 2016)

โดยปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นเป็นสิ่งเร้าตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy) ที่ส่งผลต่อกระบวนการปรับตัวและแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของแต่ละบุคคล

ดังนั้นจึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงจำเป็นต้องทราบปัจจัยที่มีส่วนสำคัญสำหรับช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวยังมีปรากฏไม่มาก โดยส่วนหนึ่งเป็นการศึกษาเชิงทดลอง (ยุพาพร โอฬาริกพันธุ์, 2541) การศึกษาเฉพาะบางปัจจัยที่ยังไม่ครอบคลุมกับความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (กาญจนา ศิริวรราชย์, 2536) ยังไม่ปรากฏงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังพบว่าแบบประเมินที่ถูกพัฒนาขึ้นสำหรับประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีปรากฏไม่มาก ซึ่งแบบประเมินถูกพัฒนาโดยอ้างอิงแนวคิดที่หลากหลาย และส่วนใหญ่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy) ที่เป็นแนวคิดที่เหมาะสมสำหรับนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมกรรมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วย (กาญจนา ศิริวรราชย์, 2536; ยุพาพร โอฬาริกพันธุ์, 2541) นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาแบบประเมินเพื่อศึกษาการปรับตัวด้านจิตสังคม เช่น แบบสอบถามการปรับตัวทางจิตสังคม (Psychosocial Adjustment to Illness Scale: PAIS) (พิมพ์ภัทร ต้นดิทวิวัฒน์, 2559; Guzek & Kowalska, 2020) ขณะที่งานวิจัยในต่างประเทศ มีการใช้แบบวัดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยพิการ (Adaptation of Disability Scale-Revised: ADS-R) หรือแบบวัดการยอมรับความพิการ (Acceptance of Disability Scale-Revised: AODS-R) (Groomes & Linkowski, 2007; Chiu et al., 2013; Chai et al., 2016; Zhang et al., 2018) เพื่อศึกษาการประเมินการยอมรับความพิการ ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยและดำรงชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ

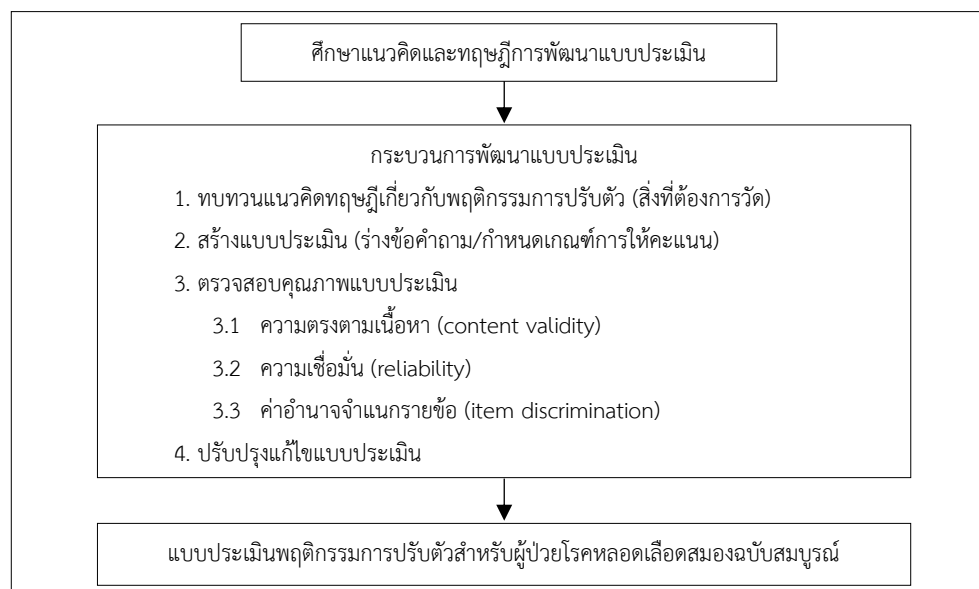
จากที่กล่าวมาการศึกษาด้านพฤติกรรมกรรมการปรับตัว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปรับตัว และการพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีปรากฏจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 2009) พร้อมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เพื่อให้สามารถอธิบายและทำความเข้าใจพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นปัจจุบัน และนำผลการศึกษาที่ได้ไปสู่กระบวนการให้ความช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

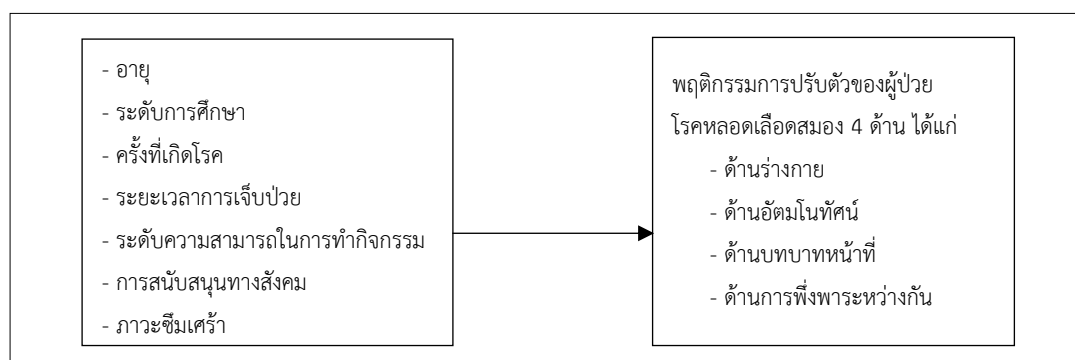
1. เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการพัฒนาแบบประเมินสำหรับนำมาพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 2009) เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดสำหรับศึกษาพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทฤษฎีดังกล่าวมองว่าบุคคลเป็นระบบเปิดมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมผ่านกระบวนการรับสิ่งนำเข้า (input) ทำให้เกิดกระบวนการเผชิญปัญหา (coping process) และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ (output) เป็นพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจัดเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการปรับตัว ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ครั้งที่เกิดโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้ามาใช้สำหรับศึกษาความสัมพันธ์ในการวิจัยครั้งนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ซึ่งไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 8 และใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ($\sigma = 0.401$) (อรรถพล ศรีชีษณุวรานนท์, 2560) คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 97 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 107 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ทั้งเพศชายและหญิง มีอายุ 18 - 65 ปี 2) ไม่มีปัญหาการรับรู้และความคิดความเข้าใจ 3) ไม่มีความผิดปกติด้านจิตประสาท และไม่มีภาวะสมองเสื่อมหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4) สามารถอ่านและเขียนหรือพูดคุยสื่อสารถาม-ตอบได้เข้าใจด้วยภาษาไทย 5) สนใจเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ และเกณฑ์การถอนตัว คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความอึดอัดใจ หรือไม่สะดวกที่จะให้ประเมินหรือสัมภาษณ์ ในระหว่างการทำวิจัยสามารถถอนตัวได้ทันที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย มีทั้งหมด 5 ส่วน ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะการเจ็บป่วย ครั้งที่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (The Barthel Index of Activities of Daily Living) (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2559) ประกอบด้วย 10 หัวข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 100 คะแนน แปลผลเป็นการแบ่งระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 5 ระดับ ได้แก่ 0 - 20 คะแนน คือ ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เลย 25 - 45 คะแนน คือ ประกอบกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย 50 - 70 คะแนน คือ ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง 75 - 95 คือ ประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก และ 100 คะแนน คือ ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

2.3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อแบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุประสงค์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินค่า

เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ และการแปลผลแบ่งเป็นการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

2.4 แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย โดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ (Lotrakul et al., 2008) ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ คะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงได้เป็น 5 ระดับ ได้แก่ คะแนนรวม 0 - 4 คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้าเลย คะแนนรวม 5 - 9 คือ มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนนรวม 10 - 14 คือ มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนนรวม 15 - 19 คือ มีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างรุนแรง และคะแนนรวม 20 - 27 คือ มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

2.5 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจาก ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 2009) ข้อคำถามทั้งหมด 46 ข้อ แบ่งเป็นการวัดพฤติกรรมกรรมการปรับตัว 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย 16 ข้อ ด้านอัตมโนทัศน์ 14 ข้อ ด้านบทบาทหน้าที่ 10 ข้อ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน 6 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ และการแปลผลเป็นระดับพฤติกรรมกรรมการปรับตัว 3 ระดับ

3. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาแบบประเมินตามหลักการสร้างเครื่องมือวัดทางพฤติกรรมศาสตร์ โดยแบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

3.1 การนิยามตัวแปร (Define construct) นิยามพฤติกรรมกรรมการปรับตัวโดยอาศัยทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model) เป็นกรอบแนวคิดหลัก ครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน

3.2 การสร้างข้อคำถาม (Generate the potential items) พัฒนาข้อคำถามเบื้องต้นจำนวน 48 ข้อ ให้สอดคล้องกับนิยามการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน และการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.95

3.3 การออกแบบมาตรวัด (Design the scale) กำหนดรูปแบบการตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (5 = เป็นประจำ ถึง 1 = ไม่เคยเลย) และกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปรับตัว เป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ปรับตัวอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง ปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง ปรับตัวอยู่ในระดับดี

3.4 การทดลองใช้ก่อนเก็บข้อมูลจริง (Pretesting) นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของสำนวนภาษาและความเข้าใจต่อข้อคำถาม ก่อนนำมาปรับปรุงถ้อยคำให้เหมาะสม

3.5 การวิเคราะห์รายข้อและการปรับปรุงเครื่องมือ (Item analysis) ดำเนินการเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การคัดเลือกข้อคำถาม (Item selection) โดยวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยค่า Corrected Item-Total Correlation (CITC) จากกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบว่าค่าระหว่าง 0.21 – 0.69 (>0.20) ทั้งนี้ได้พิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่า CITC ต่ำและซ้ำซ้อนเชิงเนื้อหาออก 2 ข้อ คงเหลือข้อคำถาม 46 ข้อ

ระยะที่ 2 นำแบบประเมินไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 107 คน พบค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนรายด้านอยู่ระหว่าง 0.37 – 0.63 และโดยรวมเท่ากับ 0.55 แสดงถึงการกระจายตัวของคะแนนที่เหมาะสม

3.6 คุณสมบัติทางจิตมิติ (Psychometric properties) การตรวจสอบคุณภาพด้านโครงสร้างภายในของเครื่องมือพิจารณาจากค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (CITC) ร่วมกับความสอดคล้องของข้อคำถามภายในแต่ละมิติ ตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model) พบว่าค่า CITC อยู่ระหว่าง 0.21 - 0.69 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (>0.20) แสดงถึงความเหมาะสมของข้อคำถามตามโครงสร้างเชิงแนวคิดของเครื่องมือในระดับเบื้องต้น ในด้านความเชื่อมั่นแบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 และรายด้านพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นสูงในทุกด้าน (ด้านร่างกาย = 0.78, ด้านอัตมโนทัศน์ = 0.81, ด้านบทบาทหน้าที่ = 0.76 และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน = 0.71) โดยพบว่า สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามเป็นไปในทิศทางเดียวกันในทุกองค์ประกอบ แสดงถึงความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ในระดับที่เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในงานวิจัย

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

4.1 ดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ MURA2024/569/ปี2567 และจากสถาบันสิรินธร เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 67021/ปี2567

4.2 ดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติ ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 67021/ปี2567

4.3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์และแจกแบบสอบถามแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จังหวัดนนทบุรี

4.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครบถ้วน ผู้วิจัยจึงดำเนินการนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์สรุปผล และอภิปรายผลต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ตอน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำเสนอข้อมูลในรูปแบบแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเบ้ และค่าโด่ง

5.2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอนุมาน เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) และสถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาการพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่า แบบประเมินทั้งฉบับมีค่า IOC เท่ากับ 0.95 และค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (0.50)

1.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ แสดงผลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าความเชื่อมั่น และค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบประเมินพฤติกรรมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมการปรับตัว	ค่าความเชื่อมั่น	ค่าอำนาจจำแนก	
	Cronbach's Alpha	ต่ำสุด	สูงสุด
พฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกาย	0.78	0.21	0.49
พฤติกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์	0.81	0.22	0.69
พฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่	0.76	0.24	0.57
พฤติกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน	0.71	0.30	0.64
รวมทั้งฉบับ	0.91	0.21	0.69

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 ด้านที่มีค่าความเชื่อมั่นสูงที่สุด คือ ด้านอัตมโนทัศน์ (0.81) รองลงมาคือ ด้านร่างกาย (0.78) ด้านบทบาทหน้าที่ (0.76) และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (0.71) ตามลำดับ และผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก พบว่า ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบประเมินทั้งฉบับมีค่าอยู่ระหว่าง 0.21 – 0.69

2. ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.	Sk	Ku
เพศ						
ชาย	75	70.09				
หญิง	32	29.91				
อายุ						
			51.32	9.62	-0.48	-0.17
18-29 ปี	3	2.80				
30-39 ปี	9	8.41				
40-49 ปี	32	29.91				
50-59 ปี	38	35.51				
60-65 ปี	25	23.37				
ระดับการศึกษา						
					-0.66	-0.00
ประถมศึกษา	9	8.41				
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	12.15				
มัธยมศึกษาตอนปลาย	24	22.43				
ปริญญาตรี	52	48.60				
สูงกว่าปริญญาตรี	9	8.41				
ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง						
หลอดเลือดสมองแตก	53	49.53				
หลอดเลือดสมองตีบ/ตัน	54	50.47				
ลักษณะการเจ็บป่วย						
อ่อนแรงซีกขวา	44	41.12				
อ่อนแรงซีกซ้าย	57	53.27				
อ่อนแรงทั้งสองข้าง	6	5.61				
ครั้งที่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง						
					3.39	11.88
ครั้งแรก	97	90.65				
ครั้งที่ 2	9	8.41				
มากกว่า 2 ครั้ง	1	0.94				
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง						
น้อยกว่า 1 ปี	55	51.40				
1 - 3 ปี	40	37.38				
มากกว่า 3 ปี	12	11.22				

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 107 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.09 และเพศหญิง ร้อยละ 29.91 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 50 - 59 ปี ร้อยละ 35.51 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 29.91 อายุเฉลี่ย คือ 51.32 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 48.60 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 22.43 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นประเภทตีบ/ตัน ร้อยละ 50.47 โดยส่วนใหญ่มีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย ร้อยละ 53.27 รองลงมา คือ อ่อนแรงซีกขวา ร้อยละ 41.12 สำหรับครั้งที่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นการเกิดครั้งแรก ร้อยละ 90.65 เกิดครั้งที่ 2 ร้อยละ 8.41 ระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 51.40 รองลงมา คือ 1 - 3 ปี ร้อยละ 37.38

3. ผลการศึกษาระดับความสามารถในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และ พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปรที่ศึกษา (จำนวน = 107 คน)	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ความสามารถในการทำกิจกรรม					
ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เลย (0 - 20 คะแนน)	3	2.80			
ประกอบกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย (25 - 45 คะแนน)	13	12.15			
ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (50 - 70 คะแนน)	37	34.58			
ประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก (75 - 95 คะแนน)	21	19.63			
ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด (100 คะแนน)	33	30.84			
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม			4.08	0.49	มาก
- ด้านอารมณ์			4.24	0.58	มาก
- ด้านวัตถุสิ่งของ			4.19	0.68	มาก
- ด้านข้อมูลข่าวสาร			3.95	0.59	มาก
- ด้านการประเมินค่า			3.91	0.59	มาก
ระดับภาวะซึมเศร้า					
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 4 คะแนน)	60	56.07			
ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (5 - 9 คะแนน)	42	39.25			
ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (10 - 14 คะแนน)	4	3.74			
ภาวะซึมเศร้าค่อนข้างรุนแรง (15 - 19 คะแนน)	1	0.94			
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (20 - 27 คะแนน)	0	0.00			

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา (จำนวน = 107 คน)	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
พฤติกรรมการปรับตัวโดยรวม			3.96	0.55	ดี
- ด้านร่างกาย			4.20	0.37	ดี
- ด้านอัตมโนทัศน์			3.90	0.61	ดี
- ด้านบทบาทหน้าที่			3.85	0.63	ดี
- ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน			3.89	0.60	ดี

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและทุกด้านอยู่ระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ ด้านอารมณ์ รองลงมา คือ ด้านวัตถุประสงค์ของส่วนภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า รองลงมา คือ มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย สำหรับพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดี ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ ด้านร่างกาย รองลงมา คือ ด้านอัตมโนทัศน์

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้การวิเคราะห์ One-way ANOVA แสดงผลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามอายุ

พฤติกรรมการปรับตัว	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ด้านร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	0.99	4	0.25	1.89	0.12
	ภายในกลุ่ม	13.51	102	0.13		
	รวม	14.50	106			
ด้านอัตมโนทัศน์	ระหว่างกลุ่ม	0.72	4	0.18	0.48	0.75
	ภายในกลุ่ม	38.12	102	0.37		
	รวม	38.84	106			
ด้านบทบาทหน้าที่	ระหว่างกลุ่ม	1.16	4	0.29	0.736	0.57
	ภายในกลุ่ม	40.30	102	0.39		
	รวม	41.46	106			

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามอายุ (ต่อ)

พฤติกรรมการปรับตัว	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ด้านการพึ่งพา	ระหว่างกลุ่ม	0.15	4	0.04	0.10	0.98
	ภายในกลุ่ม	37.55	102	0.37		
	รวม	37.70	106			
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	0.13	4	0.03	0.16	0.96
	ภายในกลุ่ม	21.86	102	0.21		
	รวม	21.99	106			

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวมและรายด้านทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้การวิเคราะห์ One-way ANOVA แสดงผลดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามระดับการศึกษา

พฤติกรรมการปรับตัว	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ด้านร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	0.70	5	0.14	1.03	0.41
	ภายในกลุ่ม	13.80	101	0.14		
	รวม	14.50	106			
ด้านอัตมโนทัศน์	ระหว่างกลุ่ม	1.17	5	0.23	0.63	0.68
	ภายในกลุ่ม	37.67	101	0.37		
	รวม	38.84	106			
ด้านบทบาทหน้าที่	ระหว่างกลุ่ม	2.04	5	0.4	1.05	0.39
	ภายในกลุ่ม	39.42	101	0.39		
	รวม	41.46	106			
ด้านการพึ่งพา	ระหว่างกลุ่ม	1.31	5	0.26	0.73	0.61
	ภายในกลุ่ม	36.39	101	0.36		
	รวม	37.70	106			
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	0.77	5	0.15	0.73	0.60
	ภายในกลุ่ม	21.22	101	0.21		
	รวม	21.99	106			

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวมและรายด้านทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างครั้งที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้การวิเคราะห์ One-way ANOVA แสดงผลดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามครั้งที่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมการปรับตัว	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ด้านร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	1.10	2	0.55	4.27	0.02*
	ภายในกลุ่ม	13.40	104	0.13		
	รวม	14.50	106			
ด้านอัตมโนทัศน์	ระหว่างกลุ่ม	0.63	2	0.31	0.85	0.43
	ภายในกลุ่ม	38.21	104	0.37		
	รวม	38.84	106			
ด้านบทบาทหน้าที่	ระหว่างกลุ่ม	0.33	2	0.16	0.41	0.66
	ภายในกลุ่ม	41.14	104	0.40		
	รวม	41.47	106			
ด้านการพึ่งพา ระหว่างกัน	ระหว่างกลุ่ม	0.40	2	0.20	0.56	0.57
	ภายในกลุ่ม	37.30	104	0.36		
	รวม	37.70	106			
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	0.19	2	0.10	0.47	0.63
	ภายในกลุ่ม	21.79	104	0.21		
	รวม	21.98	106			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีครั้งที่เกิดโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวม และรายด้านในด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้การวิเคราะห์ One-way ANOVA แสดงผลดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมการปรับตัว	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ด้านร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	0.16	2	0.08	0.59	0.56
	ภายในกลุ่ม	14.34	104	0.14		
	รวม	14.50	106			
ด้านอัตมโนทัศน์	ระหว่างกลุ่ม	0.20	2	0.10	0.27	0.76
	ภายในกลุ่ม	38.64	104	0.37		
	รวม	38.84	106			
ด้านบทบาทหน้าที่	ระหว่างกลุ่ม	0.22	2	0.11	0.27	0.76
	ภายในกลุ่ม	41.25	104	0.40		
	รวม	41.47	106			
ด้านการพึ่งพา ระหว่างกัน	ระหว่างกลุ่ม	1.36	2	0.68	1.95	0.15
	ภายในกลุ่ม	36.34	104	0.35		
	รวม	37.70	106			
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	0.23	2	0.11	0.54	0.58
	ภายในกลุ่ม	21.76	104	0.21		
	รวม	21.99	106			

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน มีพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวมและรายด้านทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.5$)

4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า กับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า กับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)				
	พฤติกรรมการปรับตัว				
	ด้านร่างกาย	ด้าน อัตมโนทัศน์	ด้านบทบาท หน้าที่	ด้านการพึ่งพา ระหว่างกัน	โดยรวม
ความสามารถ	0.24*	0.40**	0.51**	0.54**	0.53**
ในการทำกิจกรรม	(0.02)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า กับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)				
	พฤติกรรมกรรมการปรับตัว				
	ด้านร่างกาย	ด้าน อัตมโนทัศน์	ด้านบทบาท หน้าที่	ด้านการพึ่งพา ระหว่างกัน	โดยรวม
การสนับสนุนทางสังคม					
- ด้านอารมณ์	0.03 (0.79)	0.08 (0.44)	0.18 (0.06)	0.02 (0.88)	0.09 (0.32)
- ด้านวัตถุสิ่งของ	-0.13 (0.17)	-0.15 (0.13)	-0.15 (0.13)	-0.21* (0.03)	-0.19* (0.04)
- ด้านข้อมูลข่าวสาร	0.31** (0.00)	0.31** (0.00)	0.37** (0.00)	0.17 (0.08)	0.35** (0.00)
- ด้านการประเมินค่า	0.22* (0.02)	0.24* (0.01)	0.35** (0.00)	0.17 (0.08)	0.30** (0.00)
- โดยรวม	0.12 (0.22)	0.14 (0.16)	0.22* (0.02)	0.04 (0.71)	0.16 (0.11)
ภาวะซึมเศร้า	-0.45** (0.00)	-0.48** (0.00)	-0.15 (0.13)	-0.27** (0.00)	-0.39** (0.00)

หมายเหตุ: ค่าในวงเล็บ คือ ค่า p-value, *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 8 พบว่า ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวโดยรวม และรายด้านทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวโดยรวม ทั้งด้านบทบาทหน้าที่ ด้านร่างกาย และด้านอัตมโนทัศน์ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวโดยรวม และการปรับตัวรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านบทบาทหน้าที่ แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับด้านการพึ่งพาระหว่างกัน นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวโดยรวม และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน และยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวโดยรวมและรายด้านในทุกด้าน ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวโดยรวม และรายด้านในด้านร่างกาย และด้านอัตมโนทัศน์ รวมทั้งสัมพันธ์ทางลบกับด้านการพึ่งพาระหว่างกัน แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับด้านบทบาทหน้าที่

สรุปผลการศึกษา

1. สรุปผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 46 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย 16 ข้อ ด้านอัตมโนทัศน์ 14 ข้อ ด้านบทบาทหน้าที่ 10 ข้อ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน 6 ข้อ ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินพบว่า มีความตรงตามเนื้อหาในระดับสูง แสดงว่าข้อคำถามมีความตรงและสามารถนำไปใช้ได้ ด้านความเชื่อมั่น พบว่าแบบประเมินทั้งฉบับและรายด้านในทุกด้านมีค่าความเชื่อมั่นระดับสูง นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก แสดงให้เห็นว่า ข้อคำถามมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวัด ดังนั้น แบบประเมินนี้สามารถนำไปใช้ในการประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

2. สรุปผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยด้านครั้งที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านร่างกาย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีครั้งที่เกิดโรคต่างกันจะมีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านร่างกายแตกต่างกัน สำหรับระดับความสามารถในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวโดยรวมและรายด้านทุกด้าน แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีจะสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดีในทุกด้าน ในขณะที่ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นจะส่งผลเสียต่อการปรับตัวโดยเฉพาะการรับรู้คุณค่าในตนเอง การตอบสนอง และการรักษาความต้องการพื้นฐานของร่างกาย และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด สำหรับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการประเมินค่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านบทบาทหน้าที่ และการสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุประสงค์ของมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวโดยรวม และรายด้านในด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ซึ่งอาจบ่งชี้ได้ว่าการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนสิ่งของหรือวัตถุที่จับต้องได้มากเกินไปอาจส่งผลให้ผู้ป่วยพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นขาดความเชื่อมั่นในการจัดการดูแลตนเอง ลดทอนศักยภาพและแรงจูงใจในการพัฒนาปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในบริบททางสังคมรอบข้าง

การอภิปรายผลการวิจัย

1. อภิปรายผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา มีค่าดัชนีความสอดคล้องสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แสดงว่าข้อคำถามมีความตรงตามเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ได้

ด้านความเชื่อมั่น พบว่า แบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก และรายด้านทุกด้านมีค่าสูงกว่าเกณฑ์ เมื่อพิจารณาค่าความเชื่อมั่นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าความเชื่อมั่นสูงสุด คือ ด้านอัตมโนทัศน์ อาจเนื่องมาจากข้อคำถามสามารถสะท้อนความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับตนเองได้อย่างชัดเจน เช่น การยอมรับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักประสบและสามารถบอกเล่าได้อย่างตรงไปตรงมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Ellis-Hill and Horn (2000) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์อย่างชัดเจนหลังการเจ็บป่วย และสามารถรายงานการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นได้ ขณะที่การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันมีค่าความเชื่อมั่นต่ำที่สุด อาจเนื่องมาจากมีจำนวนข้อคำถามน้อยที่สุด (6 ข้อ) ซึ่งตามหลักการวัดผลทางจิตวิทยา จำนวนข้อคำถามมีผลต่อค่าความเชื่อมั่นโดยแบบประเมินที่มีจำนวนข้อคำถามมากมักมีค่าความเชื่อมั่นสูงกว่าแบบประเมินที่มีข้อคำถามน้อย (Streiner, 2003) นอกจากนี้ข้อคำถามด้านการพึ่งพาระหว่างกันอาจขึ้นอยู่กับบริบทของความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลรอบข้าง จึงทำให้การตอบสนองของผู้ป่วยมีความแปรปรวนมากกว่า

ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อคำถามทุกข้อมีค่าสูงกว่าเกณฑ์ 0.20 แต่การที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงต่ำแตกต่างกัน เนื่องจากธรรมชาติของการปรับตัวที่มีความหลากหลายในผู้ป่วยแต่ละราย ตามที่รอย อธิบายไว้ว่า พฤติกรรมการปรับตัวเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทำให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีรูปแบบการปรับตัวที่แตกต่าง แม้จะเผชิญสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน (Roy, 2009)

โดยสรุปแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมาก ทั้งในด้านความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่น จึงสามารถนำไปใช้ในการประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. อภิปรายผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับดี และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดีเช่นกัน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านร่างกาย รองลงมาคือ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน และด้านบทบาทหน้าที่ ตามลำดับ

โดยผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ภัทร ดันติทวีวัฒน์ (2559) ที่พบว่า การปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี แต่แตกต่างจากผลการศึกษาของ Zhang et al. (2018) ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับตัวต่อความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอยู่ในระดับต่ำ

และการศึกษาของ Chiu et al. (2013) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการยอมรับต่อความพิการในระดับต่ำ ความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากพื้นฐานทฤษฎีของแบบประเมินระดับการยอมรับความพิการหรือพฤติกรรมกรรมการปรับตัวแตกต่างกันทำให้รูปแบบของข้อคำถาม การให้คะแนน และการแปลผลแตกต่างกันตามไปด้วย รวมทั้งบริบทของการศึกษาที่แตกต่างกันในด้านของสถานที่เก็บข้อมูล วัฒนธรรมของแต่ละประเทศ นอกจากนี้ระยะเวลาและความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้ผลการศึกษากการปรับตัวที่ได้มีความแตกต่างกัน และการที่ผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านร่างกายที่สูงที่สุด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วยมากกว่าการปรับตัวในด้านอื่น ๆ นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับปานกลาง และบางส่วนประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านร่างกายได้ดี

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

2.1 ครั้งที่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Chiu et al. (2013) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติการเกิดโรคซ้ำจะมีระดับยอมรับความพิการต่ำกว่าการเจ็บป่วยครั้งแรก ผู้ป่วยที่เกิดโรคซ้ำอาจได้รับการดูแลที่ซับซ้อนและต่อเนื่อง หรือบางกรณีได้รับการดูแลไม่สม่ำเสมอหรือไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวที่ถดถอยลง หรือผู้ป่วยที่เกิดโรคซ้ำบางรายอาจประสบกับภาวะซึมเศร้า หรือความรู้สึกสิ้นหวัง นำไปสู่การลดทอนแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการปรับตัวทางกายภาพ (Ellis-Hill & Horn, 2000)

2.2 ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวโดยรวมและรายด้านในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chai et al. (2016) ที่พบว่า ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม หรือความสามารถในการดำรงชีวิตอิสระของผู้ป่วยในครอบครัวและชุมชน เป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อการยอมรับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการทำกิจกรรมกับการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันมีค่าสูงสุด แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี จะสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดีตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chiu et al. (2013) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับต่ำ จะมีระดับการยอมรับความพิการในระดับที่ต่ำไปด้วย และจากการศึกษาของ Guzek and Kowalska (2020) ที่พบว่า ระดับการยอมรับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

ความสามารถในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่สามารถทำกิจกรรมได้ดีจะสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ได้ดีเช่นกัน เนื่องจากการที่ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากจะทำให้สามารถคงหน้าที่ตามบทบาทเดิมได้บางส่วน หรือสามารถปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่ให้เหมาะสมกับความสามารถของตนได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย

นอกจากนี้ ความสามารถในการทำกิจกรรมยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี จะมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เชื่อมั่นในความสามารถของตน และมีมุมมองที่ดีต่อตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวทางด้านจิตใจที่ดีตามไปด้วย

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจกรรมกับพฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกาย ที่มีค่าต่ำที่สุด อาจเนื่องมาจากการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมและการปรับตัวด้านร่างกาย มีความคล้ายคลึงกันแต่วัดในมิติที่แตกต่างกัน โดยการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมจะเน้นที่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่วนพฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกายจะเน้นที่การปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลส่งเสริมสุขภาพ และการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี อาจมีหรือไม่มีพฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกายที่ดีก็ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความรู้ ความตระหนัก และแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอง เป็นต้น

โดยสรุป การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยที่ดีขึ้นในทุกด้าน ดังนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วย

2.3 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านในทุกด้านในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านอารมณ์ รองลงมาคือ ด้านวัตถุประสงค์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินค่าตามลำดับ

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มากที่สุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี ซึ่งระยะแรกครอบครัวและคนใกล้ชิดมักจะทำให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรัก ความเอาใจใส่เป็นอย่างมาก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฝ่าฟันอุปสรรคที่เกิดขึ้นหลังการเจ็บป่วย สอดคล้องกับแนวคิดของ Cobb (1976) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นการให้ความรัก ความจริงใจ เอาใจใส่ และให้ความสนใจ ซึ่งมักจะได้รับจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดอย่างลึกซึ้ง

การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุประสงค์ของมีค่าเฉลี่ยรองลงมา สอดคล้องกับสาเหตุที่ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุประสงค์ของ เช่น อุปกรณ์ช่วยเหลือหรืออุปกรณ์เสริมสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ อุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือสิ่งของที่จำเป็นในการดำรงชีวิต จึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้สะดวกมากขึ้น

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการประเมินค่ามีค่าเฉลี่ยน้อยกว่า แต่ยังคงอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูล คำแนะนำในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการให้ข้อมูลย้อนกลับเมื่อเข้ารับการฟื้นฟูที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองเป็นอย่างดี

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เพียงด้านเดียว แสดงให้เห็นว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chai et al. (2016) ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อความพิการที่ดีขึ้น

เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวม และรายด้านในด้านร่างกายด้านอัตมโนทัศน์ และด้านบทบาทหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ House (1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำ ความชี้แจง ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับข้อมูลต่าง ๆ ที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง จะช่วยให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ดี มีมุมมองต่อตนเองในทางบวก และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทได้

นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวโดยรวม และรายด้านในด้านบทบาทหน้าที่ ด้านร่างกาย และด้านอัตมโนทัศน์ แสดงให้เห็นว่า การได้รับข้อมูลย้อนกลับและการยอมรับจากผู้อื่น จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเองได้อย่างเหมาะสม มีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย มีความภาคภูมิใจในตนเอง และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ได้ดีขึ้น

ผลการศึกษาที่น่าสนใจ คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการปรับตัวแบบภาพรวม และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน แสดงให้เห็นว่าการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของมากเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพึ่งพิงมากเกินไป ขาดความพยายามในการช่วยเหลือตนเอง และนำไปสู่การปรับตัวที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Dudas (1986) ที่พบว่า ผู้ป่วยบางรายพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไปทำให้ความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดี เกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้ง และมีปัญหาในการปรับตัว

2.4 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปานกลางถึงดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Guzek and Kowalska (2020) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้ดีจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ และมีการยอมรับความเจ็บป่วยในระดับที่ดีกว่า นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ซึ่งการได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวและสังคมจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2007) ที่พบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์จากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการทางจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวโดยรวม และด้านร่างกาย อत्मโนทัศน์ และการพึ่งพาระหว่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Chai et al. (2016), Zhang et al. (2018) และกัญจน์ฉนิชา เยียดโธสงค์ และคณะ (2558) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะการปรับตัวด้านร่างกาย

ความสัมพันธ์ที่มีค่าสูงที่สุด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวด้านอत्मโนทัศน์ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยมีความคิด ความรู้สึก และการมองตนเองในทางลบ (Beck, 1967) ส่งผลให้ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง มองภาพลักษณ์ตนเองบิดเบือนไป จึงทำให้พฤติกรรมการปรับตัวด้านอत्मโนทัศน์ลดลง รองลงมา คือ ความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านร่างกาย โดยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะขาดความกระตือรือร้น ไม่อยากทำกิจกรรม ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเอง และการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ส่วนความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันมีค่าต่ำที่สุด อาจเนื่องมาจากภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม มีกิจกรรมทางสังคม และความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวลดลง จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (Matsuzaki et al., 2015; กัญจน์ฉนิชา เยียดโธสงค์ และคณะ, 2558)

อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ จึงไม่กระทบต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่มากนัก หรืออาจเป็นเพราะบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทได้ แม้จะมีภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรให้ความสำคัญกับการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในช่วงปีแรกของการเจ็บป่วยระยะแรกจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี
2. ควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการประเมินค่าแก่ผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการฟื้นฟู เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ และการปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป
3. ควรให้การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของอย่างเหมาะสม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองตามศักยภาพ เพื่อป้องกันภาวะพึ่งพามากเกินไป และส่งเสริมการพึ่งพาผู้อื่นอย่างเหมาะสม
4. ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสังคมตามความเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันและด้านบทบาทหน้าที่ได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการหลากหลาย เช่น มีความรุนแรงของโรคมาก หรือพิการรุนแรง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย
2. ควรทำการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรรมการปรับตัวในระยะยาว และปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว
3. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพ และกลวิธีการเผชิญปัญหา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม
4. ควรมีการพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับสั้น เพื่อให้ง่ายต่อการนำไปใช้ในทางคลินิก
5. ควรมีการศึกษาเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของแบบประเมินเพิ่มเติม เช่น ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ความตรงตามสภาพ (criterion validity) และความไวต่อการเปลี่ยนแปลง (responsiveness) เพื่อให้ได้แบบประเมินมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กวิทร์นาถ บุญชู, วัลภา คุณทรงเกียรติ และสุภาภรณ์ ดั่งแพง. (2554). ประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ระยะเฉียบพลัน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(5), 62-72.
- กัญจน์ณิชา เขียดไธสงค์, สุรชาติ สิทธิปกรณ์ และสุพัตรา บัวที. (2558). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 30(5), 491-497.
- กาญจนา ศิริวราศัย. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์ภัทร ดันดิทวิวัฒน์. (2559). *ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพาพร โอพาริกพันธุ์. (2541). *ผลของกลุ่มประคับประคองต่อการปรับตัวของผู้ป่วยสโตรค* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รจน์ เพ็งแก้ว. (2551). *การปรับตัวในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- รุ่งนภา จันทรา, เรณู แสงสุวรรณ และชุลีพร หิตอักษร. (2560). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอดตันด้วยทีมสหวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(ฉบับพิเศษ), 49-55.

- วรลักษณ์ ทองใบปราสาท, ชมนาด วรรณพรศิริ, จรรยา สันตยากร และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. (2550). ประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในตำบลแสนตอ อำเภอ ขานูวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 1(1), 72–84.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2556). *แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตก สำหรับแพทย์ (Clinical Practice Guidelines for Hemorrhagic Stroke)*. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2559). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (Clinical Nursing Practice Guidelines for Stroke)*. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- หทัยชนก บัวเจริญ, รัชณี นามจันทรา และอ้อมใจ แก้วประหลาด. (2552). การศึกษาการดูแลต่อเรื่องที่เน้น ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อรรถพล ศรีวิชฌนุรานนท์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังใน จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. Harper and Row.
- Chai, Q., Yuan, Z., Jin, Y., & Zhang, Q. (2016). Factors influencing acceptance of disability among stroke patients in Tianjin, China: A cross-sectional study. *NeuroRehabilitation*, 38(1), 37–44.
- Chiu, S. Y., Livneh, H., Tsao, L. L., & Tsai, T. Y. (2013). Acceptance of disability and its predictors among stroke patients in Taiwan. *BMC Neurology*, 13(1), 175.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314.
- Dudas, S. (1986). Nursing diagnoses and interventions for the rehabilitation of the stroke patient. *Nursing Clinics of North America*, 21(2), 345–357.
- Ellis-Hill, C. S., & Horn, S. (2000). Change in identity and self-concept: a new theoretical approach to recovery following a stroke. *Clinical Rehabilitation*, 14(3), 279–287.
- Groomes, D. A. G., & Linkowski, D. C. (2007). Examining the structure of the revised acceptance disability scale. *Journal of Rehabilitation*, 73(3), 3–9.
- Gum, A., Snyder, C. R., & Duncan, P. W. (2006). Hopeful thinking, participation, and depressive symptoms three months after stroke. *Psychology & Health*, 21(3), 319–334.
- Guzek, Z., & Kowalska, J. (2020). Analysis of the degree of acceptance of illness among patients after a stroke: An observational study. *Clinical Interventions in Aging*, 15, 2063–2072.
- House, J. S. (Ed.). (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.

- Liu, X., Lv, Y., Wang, B., Zhao, G., Yan, Y., & Xu, D. (2007). Prediction of functional outcome of ischemic stroke patients in northwest China. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 109(7), 571–577.
- Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 8.
- Matsuzaki, S., Hashimoto, M., Yuki, S., Koyama, A., Hirata, Y., & Ikeda, M. (2015). The relationship between post-stroke depression and physical recovery. *Journal of Affective Disorders*, 176, 56–60.
- Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model Third Edition*. Upper Saddle River.
- Singhpoo, K., Tiamkao, S., Kuchaisit, C., Ariyanuchitkul, S., Sangpongsanon, S., Kamsa-ard, S., & Chantachume, W. (2009). The quality of life of stroke outpatients at Srinagarind Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 92(12), 1602–1609.
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99–103.
- Zhang, X., Ruiling, L., Wang, J., & Chen, M. (2018). Acceptance of disability and related factors in patients with ischemic stroke. *Chinese Mental Health Journal*, 32(4), 314-318.