

บทความวิจัยต้นฉบับ:  
ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมอง ที่ติดเตียง

The Effect of Social Support Program on Quality of Life of  
Caregiver Bedridden Stroke Patient

ปยุณนุช จีมะลิ\* ธนกร ปัญญาโสโสภณ\*\* และพรปวีณ์ ชื่นใจเรือง\*\*\*  
Punyanuch Jeemali\* Thanakorn Panyasaisophon\*\* and Pornpawee Chuenjairuang\*\*\*

คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา\*

Faculty of Public Health Nakhonratchasima College \*\*

School of Nursing Suranaree University of Technology\*\*\*

เบอร์โทรโทรศัพท์ 08-0427-9052; E-mail : punyanuch.jee@mfu.ac.th\*

วันที่รับ 13 ม.ค. 2564; วันที่แก้ไข 5 มี.ค. 2564; วันที่ตอบรับ 15 มี.ค. 2564

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียงศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 30 ราย เป็นกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่สร้างขึ้น และผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 30 ราย เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมตามปกติโดยการเลือกแบบเจาะจงระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย และแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.852 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่าที่

(paired, independent samples t-test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียงกลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิต ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิต ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01  
คำสำคัญ : ผู้ดูแลผู้ป่วย; โรคหลอดเลือดสมอง; การสนับสนุนทางสังคม; ผู้ป่วยติดเตียง

**Abstract**

The purpose of this quasi – experimental research was to study the effect of social support program on quality of life of caregiver bedridden

stroke patient in Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn medical center hospital Nakhon Nayok Province. The samples were divided into two groups. The experimental group consisted of 30 participate group was received social support program on quality of life of caregiver bedridden stroke patient by purposive sampling. The control group consisted of 30 normal received regular program 12 weeks. The instrument was social support program on quality of life of caregiver bedridden stroke patient and questionnaire by researcher has condence 0.852. Percentage, mean, standard deviation, dependent samples t-test and independent samples t-test were applied for data analysis by dene signigance .01.

The results of this study were as follows: After receiving the social support program on quality of life includes physical domain, psychological domain, social relationships and environment of caregiver bedridden stroke patient in experimental group had signicantly better health literacy than before receiving the social support program at .01 level. After receiving the social support program on quality of life includes physical domain, psychological domain, social relationships and environment of caregiver bedridden stroke patient in experimental group had signicantly better control group at .01 level.

**Keywords :** Caregiver; Stroke; Social Support; Bedridden Patient

## บทนำ

โรคหลอดเลือดในสมอง (cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลกทั่วโลกมีผู้ป่วยประมาณ 17 ล้านคน และเสียชีวิตประมาณ 6.5 ล้านคน<sup>[1]</sup> และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติอัตราป่วยเสียชีวิตของประชากรไทยปี 2558 ของสำนักยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคหลอดเลือดในสมองเป็นสาเหตุอันดับที่ 2 ของการเสียชีวิตรองจากโรคมะเร็งทุกประเภท และแนวโน้มของการเกิดโรคมีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นซึ่งสอดคล้องกับสถิติข้อมูลของงานเวชระเบียนของสถาบันประสาทวิทยาที่พบว่า ปี พ.ศ. 2559 มีอัตราที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาพยาบาลเป็นจำนวน 26,749 ราย และมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย และจำนวนผู้เสียชีวิตประมาณปีละ 30,000 ราย จนกลายเป็นการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย และสามารถเกิดได้ทุกกลุ่มวัย<sup>[2]</sup> โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและครอบครัวของผู้ป่วย ก่อให้เกิดการสูญเสียการทำงานของระบบประสาทบางส่วนหรือสมองทั้งหมด ลักษณะอาการสำคัญ คือ สูญเสียการสั่งงานหรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย การรับรู้ความรู้สึก ทางสมอง ทางภาษา การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ส่งผลกระทบต่อการเกิดการสูญเสียความสามารถและพิการตามมาด้วย<sup>[3]</sup> จึงส่งผลกระทบต่อในข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงหรือไม่สามารถปฏิบัติได้

เอง นอกจากปัญหาความบกพร่องทางร่างกาย แล้วในบางรายอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต และโรคทางประสาทและจิตเวชศาสตร์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การเข้าสังคม เป็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง<sup>[4]</sup> สอดคล้องกับผลกระทบโรคหลอดเลือดในสมองมีการตีบอุดตันหรือแตก ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและส่งผลทำให้เสียชีวิตและเกิดความพิการได้โรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนาและการเสียชีวิตจะเพิ่มเป็นสองเท่าโดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา<sup>[5]</sup>

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่บ้านเป็นการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้กลับมาทำกิจกรรมด้วยตนเองได้เร็วหรือใกล้เคียงปกติให้ได้มากที่สุดหากผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแลครอบครัว และชุมชน ตลอดจนหน่วยงานและภาครัฐที่เกี่ยวข้องผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ได้แก่ ระบบสั่งการ การรับรู้รู้สึก การพูด การกลืน ความผิดปกติทางด้านอารมณ์<sup>[6]</sup> บางครั้งเกิดความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว ส่งผลกระทบทำให้เกิดความรู้สึกกดดันเบื่อหน่าย<sup>[7]</sup> ด้านสังคม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และมีสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านลดน้อยลงส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ทางสังคมและเกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต และด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ไม่เพียงพอ

กับรายจ่าย<sup>[8]</sup>

นอกจากนี้จากการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการที่นอนติดเตียง จังหวัดตรัง พบว่า ความต้องการการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ มีความต้องการความรู้ คำแนะนำในการดูแลผู้พิการที่ติดเตียง ต้องการญาติหรือเพื่อนบ้านมาแบ่งเบาภาระในการดูแลและต้องการรายได้ หรือเงินช่วยเหลือ<sup>[9]</sup> นอกจากนี้ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเทศบาล นครปฐม พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการการดูแลมากที่สุด ได้แก่ การจัดการภายในบ้านและการพักผ่อน ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและด้านการเงิน รองลงมา ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ และ ด้านการประคับประคองจิตใจ<sup>[10]</sup> นอกจากนี้ การให้แนวทางการเตรียมพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังพบว่า แนวทางการเตรียมพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นเรื้อรังซึ่งรวมถึงโรคหลอดเลือดในสมอง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ช่วยลดภาระในการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย<sup>[11]</sup> จากสภาพปัญหาดังกล่าว ถ้าผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินค่า จะสามารถทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ณ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของเฮาส์ (house) เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียงต่อไป

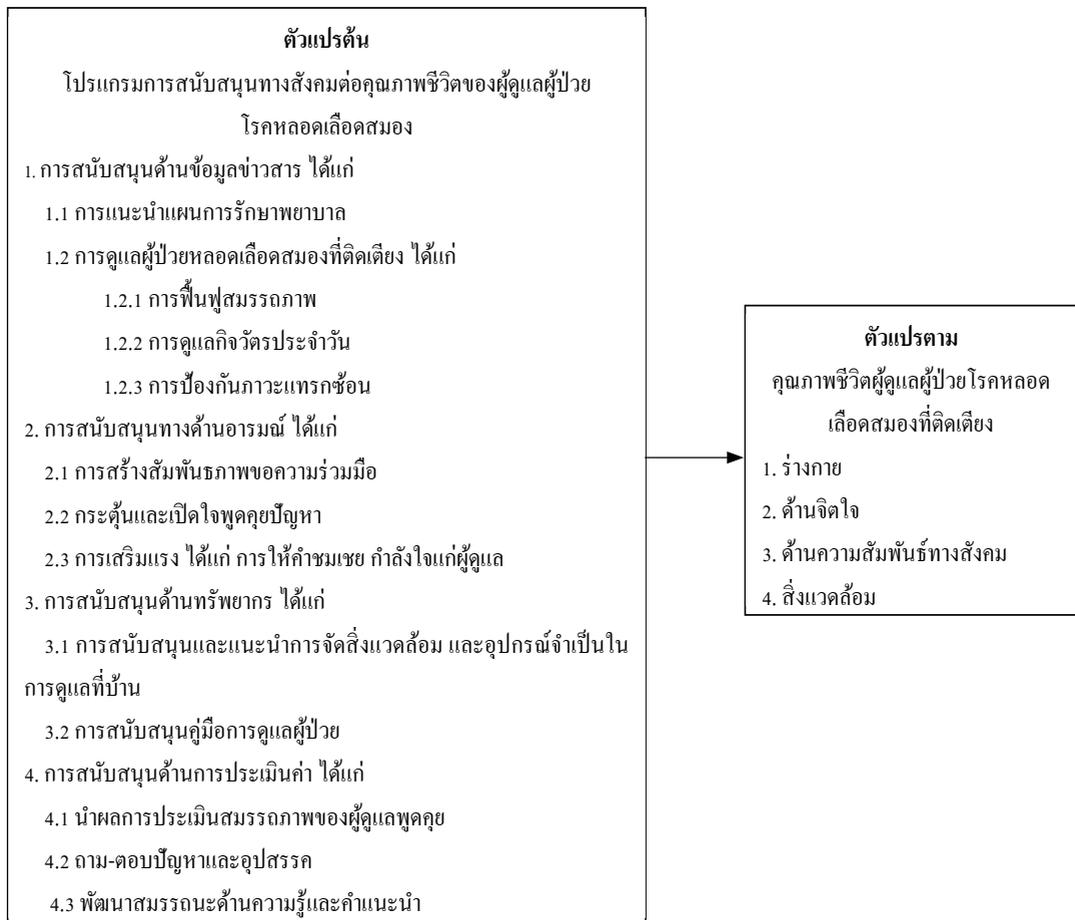
### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ณ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก

### กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่ม วกก่อน – หลังการทดลอง (two group pretest - posttest design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือบุคคลผู้ดูแลหลักหรือญาติสายตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคทางระบบประสาท จากอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ตีตเดียว และมีผลรวมคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอ็ดิแอล (barthel activities of daily living : ADL) อยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน ที่เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์และหอผู้ป่วยศัลยศาสตร์ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ขนาดใหญ่ของ ES (Effect size) =0.8 ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 17 ราย แต่ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างของกุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 30 ราย โดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ร่วมกับการสมัครใจเข้าร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

#### เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือญาติสายตรงที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ ที่นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทจากอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ ว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 เดือน สมัครใจเข้าร่วม

กิจกรรม สื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง และผลการประเมินมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอ็ดิแอล อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

#### เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือญาติสายตรงที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยแต่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยไม่ว่าจะเหตุผลใด ๆ ก็ตาม การเข้าร่วมกิจกรรมเกิน 2 ครั้ง และผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ตีตเดียว โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสารผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ตีตเดียว ประกอบด้วย การแนะนำแผนการรักษาพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ตีตเดียว ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สื่อที่ใช้สำหรับการจัดกิจกรรม คือ การบรรยาย สื่อแผ่นพับ สื่อบุคคล และการสาธิตการปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพขอความร่วมมือกระตุ้นและเปิดใจพูดคุยปัญหา และการเสริมแรง ได้แก่ การให้คำชมเชยและกำลังใจ แก่ผู้ดูแล สื่อที่ใช้สำหรับการจัดกิจกรรม คือ การบรรยาย สื่อแผ่นพับ สื่อบุคคล การโต้ตอบคำถามข้อสงสัย

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนด้านทรัพยากร ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเชื้อ การสนับสนุนให้ความช่วยการดูแลสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการสนับสนุนเอกสาร แผ่นพับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเชื้อ สื่อที่ใช้สำหรับการจัดกิจกรรม คือ การบรรยาย สื่อแผ่นพับ และสื่อบุคคล

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ประกอบด้วย นำผลการประเมินสมรรถภาพของผู้ดูแลพหุคูณ การถาม-ตอบปัญหา และอุปสรรคและพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ และคำแนะนำสื่อที่ใช้สำหรับการจัดกิจกรรม คือ การบรรยาย สื่อแผ่นพับ สื่อบุคคล และการสาธิตการปฏิบัติ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) และเติมข้อความ

ตอนที่ 2 ข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบตรวจสอบรายการ และเติมข้อความ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเชื้อ โดยได้ดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ (อนามัย โลกษุย์ฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI ) ลักษณะของ

แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน เล็กน้อย 2 คะแนน และไม่มีเลย 1 คะแนน ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 17 ข้อ ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.852

การแปลผล คุณภาพชีวิตโดยรวมมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้<sup>[12]</sup>

คะแนน 1.00–2.33 คะแนน หมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 2.34–3.67 คะแนน หมายถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 3.68–5.00 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แผนการดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง	T1E1	E2	E3	E4	E5T2
กลุ่มควบคุม	T3	~X	T4		
สัปดาห์	2wk	4wk	6wk	8wk	12wk

T1-T3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยการสัมภาษณ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

T2 T4 หมายถึง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยการสัมภาษณ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

E1-E5 หมายถึง ผู้วิจัยการดำเนินกิจกรรมตามแผนของโปรแกรมฯ การทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการเข้าร่วมการวิจัยผ่านการสัมภาษณ์/ตอบแบบสอบถามจากแบบประเมินโดยผู้วิจัยคอยกำกับดูแลเอง

2. ดำเนินการทดลองโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่คิดเพียงในกลุ่มทดลองตามแผนการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และกลุ่มควบคุมดำเนินการตามปกติ ระยะเวลา 12 สัปดาห์

3. ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมการวิจัยผ่านการสัมภาษณ์/ตอบแบบสอบถามจากแบบประเมินโดยผู้วิจัยคอยกำกับดูแลเอง

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired samples t-test และ independent samples t-test โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .01

#### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นร้อยละ 90.00 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.30 ประกอบอาชีพ

เกษตรกร ร้อยละ 50.00 ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา ร้อยละ 76.70 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย คือบุตร ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 52.27 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 7,783.33 บาท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 11 วัน (Max=37 วัน, Min=7 วัน)

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 93.33 นับถือศาสนา ร้อยละ 86.70 ประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 33.30 ไม่ได้ได้รับการศึกษา ร้อยละ 56.70 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย คือบุตร ร้อยละ 83.30 อายุเฉลี่ย 51.80 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 9,766.67 บาท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10.17 วัน (Max=29 วัน, Min=6 วัน)

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.70 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 93.33 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.30 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 100.00 อายุเฉลี่ย 66 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 5,813.33 บาท ระยะเวลา การเจ็บป่วยเฉลี่ย 11 วัน

กลุ่มควบคุม เพศหญิงและเพศชายเท่ากัน ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 93.33 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 100.00 อายุเฉลี่ย 69.67 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 4,500 บาท ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 10 วัน

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วย

**ตาราง 1** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=30)

ตัวแปร	การทดลอง	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	t	p	
คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	2.01	.26	ปานกลาง	21.928*	<0.01
		หลังการทดลอง	3.90	.45	ดี		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	2.04	.25	ปานกลาง	1.198	.24
		หลังการทดลอง	2.08	.27	ปานกลาง		

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.01 (S.D. =.26) ระดับไม่ดีและหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 3.90 (S.D. =.45) ระดับดี เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติด้วยค่าที (Paired samples t-test) พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียงดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองที่ติดเตียง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.04 (S.D. =.25) ระดับไม่ดี และหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.08 (S.D. =.27) ระดับไม่ดี เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติด้วยค่าที (paired samples t-test) พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียงในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

**ตาราง 2** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=30)

ตัวแปร	การทดลอง	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	t	p	
คุณภาพชีวิต	ก่อนการ	กลุ่มทดลอง	2.01	.26	ปานกลาง	44.174*	<0.01
	ทดลอง						
	หลังการ	กลุ่มทดลอง	3.90	.45	ดี		
		ทดลอง					

จากตาราง 2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.01 (S.D. =.26) ระดับไม่ดี และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 3.90 (S.D. =.45) ระดับดี เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติด้วยค่าที (independent samples t-test) พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 3.90 (S.D. =.45) ระดับดี และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.08 (S.D. =.27) ระดับไม่ดี เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติด้วยค่าที (independent samples t-test) พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**ตาราง 3** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแต่ละด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่ติดเตียง ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายกภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	การทดลอง	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	t	p
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	ก่อนการทดลอง	1.92	.28	ไม่ดี	22.767*	<0.01
	หลังการทดลอง	3.93	.47	ดี		
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	ก่อนการทดลอง	2.01	.31	ไม่ดี	21.352*	<0.01
	หลังการทดลอง	3.86	.43	ดี		
คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	ก่อนการทดลอง	2.02	.32	ไม่ดี	19.032*	<0.01
	หลังการทดลอง	3.95	.51	ดี		
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	ก่อนการทดลอง	2.13	.31	ไม่ดี	17.752*	<0.01
	หลังการทดลอง	3.90	.44	ดี		

จากตาราง 3 คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ก่อนการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

จังหวัดนครนายก มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเท่ากับ 1.92 2.01 2.02 และ 2.13 (S.D. =.28 .31 .32 และ .31)ระดับไม่ดี และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแต่ละด้านเท่ากับ 3.93 3.86 3.95 และ 3.90 (S.D. =.47 .43 .51

และ .44) ระดับดี เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติด้วย ค่าที (Paired samples t-test) พบว่า ภายหลังการได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียงดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

### อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโดยรวมและคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องจากการสร้างโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง เป็นการสร้างและพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม การทบทวนวรรณกรรม ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับความต้องการที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เสนอผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและข้อเสนอแนะที่เหมาะสมนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้

จากนั้นจึงนำโปรแกรมไปใช้ทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียงตามแผนการทดลองของกระบวนการวิจัย ประกอบด้วย (1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยได้ดำเนินการอธิบายถึง (1.1) แผนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างละเอียดพร้อมถาม-ตอบประเด็นที่สงสัย (1.2) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ผู้วิจัยได้ดำเนินการสอน สาธิต และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับ การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยนักกายภาพบำบัดสำหรับการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน การดูแลกิจวัตรประจำวันและ การดูแลการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยได้ดำเนินการสอน สาธิตและฝึกปฏิบัติ ได้แก่ การอาบน้ำบนเตียง การสระผม การดูแลช่องปาก การดูแลระบบปัสสาวะและการขับถ่าย การพลิกตะแคงตัว การให้อาหารทางสายยาง และการทำอาหารเหลวโดยนักโภชนาการ (2) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยแบบกันเองโดยพูดเพื่อสร้างความตระหนักและความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยและขอความร่วมมือในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนแต่ละขั้นตอน กิจกรรมกระตุ้นและเปิดใจพูดคุยปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลและบ้าน พร้อมการเสริมแรงโดยการให้คำชมเชยกำลังใจ แก่ผู้ดูแลรวมทั้งเสนอแนะช่องทางมารับบริการสุขภาพกรณีมีปัญหาที่ไม่ซับซ้อนจากบุคลากรในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิก สถานพยาบาล เป็นต้น (3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ผู้วิจัยดำเนินการประสานขอความร่วมมือบุคลากรสาธารณสุขพื้นที่สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ภาพถ่ายเพื่อรายงานอาการของผู้ป่วยก่อนกลับบ้านและแนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วย และอุปกรณ์จำเป็นในการดูแลที่บ้านโดยแนะนำขอรับการสนับสนุนจากพื้นที่ใต้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเทศบาล/องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และผู้วิจัยให้การสนับสนุนคู่มือการดูแลผู้ป่วย (4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ผู้วิจัยการประเมินสมรรถนะของผู้ดูแลแล้วนำผลการประเมินสมรรถภาพของผู้ดูแลพูดคุย ถาม-ตอบ ปัญหาและอุปสรรค พร้อมกับการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ และทักษะ การดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยผ่านสื่อสำหรับการจัดกิจกรรม ได้แก่ การบรรยาย สื่อแผ่นพับ สื่อบุคคล การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การโต้ตอบคำถามข้อสงสัย และมีการติดตามสอบถามปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยโทรศัพท์ขงดูแลผู้ป่วยที่บ้านสอดคล้องกับการศึกษาของธารินทร์ คุนยาศัย<sup>[13]</sup> เรื่องการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองภาวะการดูแลการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 90 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทุกด้านอยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นด้านความรักใคร่ผูกพันที่อยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับต่ำสอดคล้องกับการศึกษาของภทริกา ปัญญา<sup>[14]</sup> เรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุน

ทางสังคมต่อระดับการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาวะพึ่งพิง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 60 ราย อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย พบว่า กลุ่มทดลองมีแรงสนับสนุนทางสังคมและมีคุณภาพชีวิตภายหลังการดำเนินการทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับคำนิยามแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House)<sup>[15]</sup> หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านการช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือ การสนับสนุนทางด้านจิตใจ หรือทางอารมณ์ รวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วย จากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนซึ่งมีแรงผลักดันให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ต้องการ (สุขภาพดี) สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก<sup>[16]</sup> ได้นิยามคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจ และสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สวัสดิการและบริการด้านต่าง ๆ ตลอดจนลักษณะทางการเมืองการปกครองในสังคมที่อยู่อาศัย และสามารถประเมินคุณภาพชีวิตในด้านวัตถุวิสัยและด้านจิตวิสัย

### การวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้พบว่าโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้นควร

นำโปรแกรมดังกล่าวไปปรับใช้ตามบริบทของโรงพยาบาลต่าง ๆ และควรมีการศึกษาต่อ ยอดผลของการวิจัยในรูปแบบการวิจัยผสมผสานวิธี (mix method) โดยนำโปรแกรมดังกล่าวไปทดลองใช้กับพื้นที่ที่คล้ายคลึงกันเพื่อยืนยันคุณภาพของโปรแกรม ต่อไป

### การปกป้องสิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการทดลองระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2563 โดยได้รับการสมัครใจ และยินดียินยอมเข้าร่วมโครงการจากกลุ่มตัวอย่างทุกคน ตามเอกสารพิทักษ์สิทธิ์ซึ่งคณะผู้วิจัยจัดทำหนังสือเอกสารพิทักษ์สิทธิ์ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย โดยระบุว่า การให้ข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างโดยข้อมูลทั้งหมดที่ได้จะเป็นความลับกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบหรือปฏิเสธได้ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมแล้ว ยังมีสิทธิยกเลิกการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย ประการใดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยินดีตอบข้อสงสัยตลอดเวลาภายใต้การตรวจพิจารณารับรองจริยธรรมโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC/E-272/2562

### เอกสารอ้างอิง

- [1] กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ประเด็นสารธรรมรงค์วันอัมพาตโลก. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
- [2] เพชรรุ่ง เดชบุญญจิตต์. สมรรถนะของ

- [3] Roth EJ HR. Physical medicine and rehabilitation. Rehabilitation of stroke syndrome 1996; 117 – 60.
- [4] สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. Neuropsychiatric Aspects of stroke. In: นิจศรี ชาญณรงค์ editoc. การดูแลภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
- [5] ศุภวรรณ มโนสุนทร. รายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง. [ออนไลน์]. (2560). [สืบค้นเมื่อ วันที่ 20 ตุลาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก [http://www.interfetphailand.net /forecast/les/report\\_2014 /report\\_2014\\_ no20.pdf](http://www.interfetphailand.net /forecast/les/report_2014 /report_2014_ no20.pdf).
- [6] กฤษณา พิรเวช. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
- [7] อรุณี ชุมหบดี ธีรรัตน์ สุภานันท์ โรจณี อุปรา สุนทรินทร์ ทองไสย. ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2556; 24(1): 1 – 9.
- [8] นงนุช เพ็ชรร่วง ปนัดดา ปรียทฤม วิโรจน์ ทองเกลี้ยง. การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. วารสารพยาบาล

- ทหารบก 2556; 14(1): 25 – 34.
- [9] ขวัญตา บุญวาศ ธิรัตน์ สุภานันท์ อรุณี ขุนหบดี นิรมิตศุรา แว. ความเครียด และความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการ ดิเดียง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; (1): 205 – 16.
- [10] บุญมาศ บุญยารัศมี. ความต้องการ การดูแลโดยทีมหมอครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขต เทศบาลนครนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 2560; 37(2): 192 – 200.
- [11] Corry M, While A, และ Neenan K Smith V. A systematic review of systematic reviews on interventions for caregivers of people with chronic conditions. *Leading Global Nursing Research* 2015; 71(4): 718 – 34.
- [12] กรฐณัชช ปัญญาใส. ระเบียบวิธีวิจัยทางด้านสาธารณสุข. นครราชสีมา : เอกสารประกอบการสอน คณะสาธารณสุขศาสตร์เทคโนโลยีสุขภาพ วิทยาลัย นครราชสีมา; 2560.
- [13] ชรินทร์ คุณยศยิ่ง. การพึ่งพาของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผู้สูงอายุ]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
- [14] ภัทริกา ปัญญา. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อระดับการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาวะพึ่งพิง. วารสาร มจร. วิชาการ 2562; 23(2): 242 – 53.
- [15] House, J. S. *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
- [16] The WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*; 1994: 24 – 56.