



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกในเขต  
เทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประภาพรรณ นิลศิริ  
โรงพยาบาลพุทธโสธร

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียด ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ระดับความเครียด การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ศึกษาระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 คน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.73, S.D.=0.72) ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันระดับมาร้อยละ 48.0 การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.84, S.D.=0.68) พฤติกรรมการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.42, S.D.=0.63) การหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.47, p = 0.011$ ) ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.42, p = 0.033$ ) ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.39, p = 0.045$ ) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.43, p = 0.021$ )

ควรมีการประเมินพฤติกรรมผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกอย่างต่อเนื่องเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล การให้ความช่วยเหลือแนะนำและให้ข้อมูลข่าวสารความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการและโรคของผู้ป่วยรวมทั้งการให้ข้อมูลที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกสำหรับตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัว

**หลักการและเหตุผล**

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติและเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทจากหลอดเลือดแดงในสมองตีบ อุดตัน แตก ทำให้สมองขาดเลือดมาเลี้ยงโดยสถานการณ์ของโลกพบว่ามีประชากรตายด้วยโรคนี้ประมาณปีละ 575,000 คน คิดเป็นร้อยละ 10.3 ของการตายทั้งหมด และพบว่าโรคนี้มีจำนวนผู้ป่วยใหม่ถึง 600,000-1,000,000 คนโดยประเทศไทยมีอัตราการเกิดโรคถึง 257 คนต่อประชากรแสนคน<sup>(1)</sup> สำหรับโรงพยาบาลพุทธโสธร พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการตรวจรักษา



ที่แผนกผู้ป่วยนอกมีจำนวนเพิ่มขึ้นปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีจำนวน 2,172 ราย 2,235 ราย 2,598 รายตามลำดับ โดยหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคนี้เสียชีวิตภายในหนึ่งเดือนหลังการเจ็บป่วยสองในสามที่เหลือจะได้รับความทุกข์ทรมานจากความพิการ ครึ่งหนึ่งของผู้พิการจะมีภาวะบกพร่องของร่างกายที่รุนแรง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจะมีความพิการเหลืออยู่มากหรือน้อยขึ้นกับตำแหน่งและชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ขนาด และระยะเวลาที่สมองเสียหายหรือถูกทำลาย<sup>1</sup>

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการร้อยละ 31.0 ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง ร้อยละ 10.0 ยังต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ ร้อยละ 71.0 ไม่สามารถทำงานในอาชีพเดิมได้ มีเพียงร้อยละ 16.0 เท่านั้นที่ยังทำงานอาชีพได้นอกจากอัมพาตแล้วยังมีความผิดปกติร่วม (Associate defect) มากมาย การศึกษาของ De Weerd, W.J.G.<sup>3</sup> ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 156 คน พบว่า ร้อยละ 91.0 เกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อ ร้อยละ 25.7 เกิดปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ร้อยละ 19.5 มีการเปลี่ยนแปลงความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ร้อยละ 15.1 มีความผิดปกติของการทรงตัว ร้อยละ 32.0 มีอาการปากเบี้ยว ร้อยละ 19.0 พูดไม่ชัด ร้อยละ 13.0 พูดไม่ได้ ร้อยละ 1.0 ตามัวมองไม่ชัด ร้อยละ 5.5 เกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสาร นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความผิดปกติในการรับรู้ความรู้สึก เช่น สูญเสียความรู้สึกร้อนหรือเย็น การรับรู้สัมผัส แรงกด การรับรู้ตำแหน่งของร่างกาย การรับรู้สายตาทำให้ไม่สามารถดูแลสุขวิทยาได้อย่างเหมาะสม<sup>2</sup>

จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิต ตกอยู่ในสภาพของการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นปัจจัยก่อความเครียดแก่ผู้สูงอายุ<sup>4</sup> ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดและปัญหาทางจิตสังคมมากขึ้น<sup>5</sup> การให้การดูแลช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกให้สามารถเผชิญความเครียดจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังนี้ พยาบาลมีบทบาทโดยตรงในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปรับตัวด้านจิตสังคมได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก ผลที่ได้จากการศึกษารังนี้ จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์บาลได้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางหรือรูปแบบการวางแผนให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมป้องกันความผิดปกติทางด้านจิตสังคม ส่งเสริมให้กระบวนการฟื้นฟูสภาพประสบผลสำเร็จส่งผลให้ผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ตามศักยภาพของผู้สูงอายุและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียด ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับความเครียด การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด



## การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากรเป็นผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 153 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกที่ได้รับการติดตามการเยี่ยมบ้าน ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 จำนวน 130 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยอ้างอิงจาก Collahan, M.<sup>1,2</sup> ได้แก่ 1) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทยของผู้สูงอายุ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1.แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2.แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 3.แบบประเมินระดับความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก<sup>6</sup> 4. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก<sup>7</sup> 5. แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเครียด<sup>8</sup>

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 1) การหาความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ คัดเลือกไว้ใช้ได้ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 - 1 2) ค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีวัดความคงที่ภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีการของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ 0.82 การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ตามข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ ก่อนจบการสัมภาษณ์ทุกครั้ง

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.0 ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 67.54 ปี อายุระหว่าง 60 – 64 ปี ร้อยละ 65.0 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 67.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 84.0 รายได้ระหว่าง 1,001 - 5,000 บาท ร้อยละ 29.0 อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 99.00 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-6 คน ร้อยละ 53.0 มีผู้ดูแลช่วยเหลือและใกล้ชิดที่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 42.0 เป็นอัมพาตข้างซ้าย ร้อยละ 58.0 สาเหตุของการเป็นอัมพาตส่วนมากจากหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 58.0 ระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.73, S.D. = 0.72) ร้อยละ 57.0 ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 3.95, S.D. = 0.64) ร้อยละ 63.0 การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.84, S.D. = 0.68) ร้อยละ 69.0 และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.42, S.D. = 0.63) ร้อยละ 58.0

การหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.47, p = 0.011$ ) ส่วนระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นอัมพาต ข้างของการเป็นอัมพาตไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ระดับความสามารถ



ในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.42, p = 0.033$ ) ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.39, p = 0.045$ ) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.43, p = 0.021$ )

## การอภิปรายผล

1. ระดับความเครียดระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกอยู่ในระดับสูง พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดระดับปานกลางอาจเป็นเพราะว่าอาการอัมพาตครึ่งซีกทำให้มีความพิการ พุดไม่ชัด การเดินที่ไม่เป็นระเบียบการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้เกิดความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี มิ่งขวัญ<sup>9</sup> พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกร้อยละ 48.0 และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลังร้อยละ 64.0 มีความเครียดในระดับปานกลาง 2) ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี มิ่งขวัญ<sup>9</sup> พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีการพึ่งพาอยู่ในระดับต้องพึ่งพาเล็กน้อย 3) การสนับสนุนทางสังคมซึ่งได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะครอบครัวดูแลเอาใจใส่ การได้รับคำแนะนำและการให้กำลังใจในการเผชิญความเครียดส่งผลให้ผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกได้รับการสนับสนุนทางสังคม 4) พฤติกรรมการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับ Palmore, E. LuiKart, C<sup>10</sup> ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างจะใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านจัดการกับปัญหามากที่สุดและช่วยลดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือและหมดหวังของบุคคลที่ต้องตกอยู่ในสภาพการณ์ที่รุนแรง

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับความเครียด การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดพบว่า 1) รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอาจเป็นเพราะว่ารายได้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตผู้สูงอายุ ที่มีรายได้เพียงพอจะเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต<sup>10</sup> ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นอัมพาตข้างของการเป็นอัมพาตไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย โดยระดับการศึกษาของบุคคลมีผลต่อการรับรู้ การวิเคราะห์ปัญหาและหาทางเลือกในการแก้ปัญหาโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์นำมาเผชิญภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้<sup>8</sup> ส่วนระยะเวลาของการเป็นอัมพาตซึ่งระยะเวลาของการเป็นอัมพาตครึ่งซีกบ่งบอกถึงการกลับคืนสภาพของร่างกายและจิตใจจากความพิการของโรค มีส่วนช่วยเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้<sup>11</sup> 2) ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ถ้ามีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันยิ่งสูงหรือต่ำจะมีการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านจัดการกับปัญหาในความบ่อยครั้งมากขึ้นหรือน้อยลงในทิศทางเดียวกัน<sup>12</sup> สอดคล้องกับ Palmore, E. LuiKart, C<sup>10</sup> ที่พบว่าการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด 3) ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด อาจเป็นเพราะว่าเมื่อบุคคลพบกับเหตุการณ์



หรือสถานการณ์ที่ประเมินว่าก่อให้เกิดความเครียดบุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นการจัดการกับอารมณ์ให้คงที่<sup>13</sup> ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือมีความพิการจะมีการรับรู้ปัญหาว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ถ้ามีความเครียดในระดับรุนแรงบุคคลมักจะใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียด<sup>(14)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ De Weerd, W.J.G.<sup>3</sup> พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด

4) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการช่วยเหลือทั้งในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากรมีผลต่อผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกในการเผชิญกับความเครียดในรูปแบบความพยายามวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ค้นหาวิธีที่จะนำมาแก้ไข ปัญหาและกระทำการแก้ปัญหาในระดับความบ่อยครั้งที่สูงขึ้นสอดคล้องกับคอบบ์<sup>15</sup> ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ซึ่งการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การดูแลเอาใจใส่ และลดความวิตกกังวลจะทำให้ผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก เกิดความรู้สึกอบอุ่นมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการลดสาเหตุของความเครียดลง

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินพฤติกรรมของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกอย่างต่อเนื่องเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลและให้ข้อมูลข่าวสารความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการและโรคของผู้ป่วยรวมทั้งการให้ข้อมูลที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกสำหรับตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัว

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อหารูปแบบ หรือโครงสร้างของพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกในลักษณะของสังคม 2) ควรมีการศึกษารูปแบบของโปรแกรมการให้การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชน และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก



## เอกสารอ้างอิง

1. Collahan M. Caring for a stroke patient like me. *Nursing*. 2021;14(5):25-27.
2. เจียมจิตแสงสุวรรณ. โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท; 2558.
3. De Weerd WJG, Harrison MA. Problem list of stroke patient as identified in the problem-oriented medical record. *The Australian Journal of Physiotherapy*. 2020;31(4):146-150.
4. Safford-F. Aging stressors of Holocaust survivors and their families. *Journal of Gerontological-Social Work*. 2020;24(1/2):131-153.
5. ประภาพรศิริทรัพย์. คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
6. Cohen S, Karmarch T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress; 2003.
7. House JS. The nature of social support. In: Reading MA, editor. *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley; 1981.
8. Jalowiec A. Psychometric results on the 2017 Jalowiec coping scale. Unpublished. Loyola University of Chicago; 2017.
9. ปราณีมิ่งขวัญ. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเหนื่อยตนเองพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
10. Palmore E, LuiKart C. Health and social factors relate to life satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*. 2020;13:68-80.
11. Scmidt EV, Smirnov VE, Ryabova VS. Results of the seven-year prospective study of stroke patients. *Stroke*. 2019.
12. สุธีราตั้งกุล. การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความว่าเหวในผู้ป่วยสโตรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
13. Lazarus R, Folkman S. *Stress*. New York: Springer Publishing; 2018.
14. Lazarus R, Folkman S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Behavior*. 2019;21(2):219-239.
15. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 1976;28(5):300-314.