

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ของสถาบันสิรินธร เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

นางสาวสุภาพร กิติหาล้า



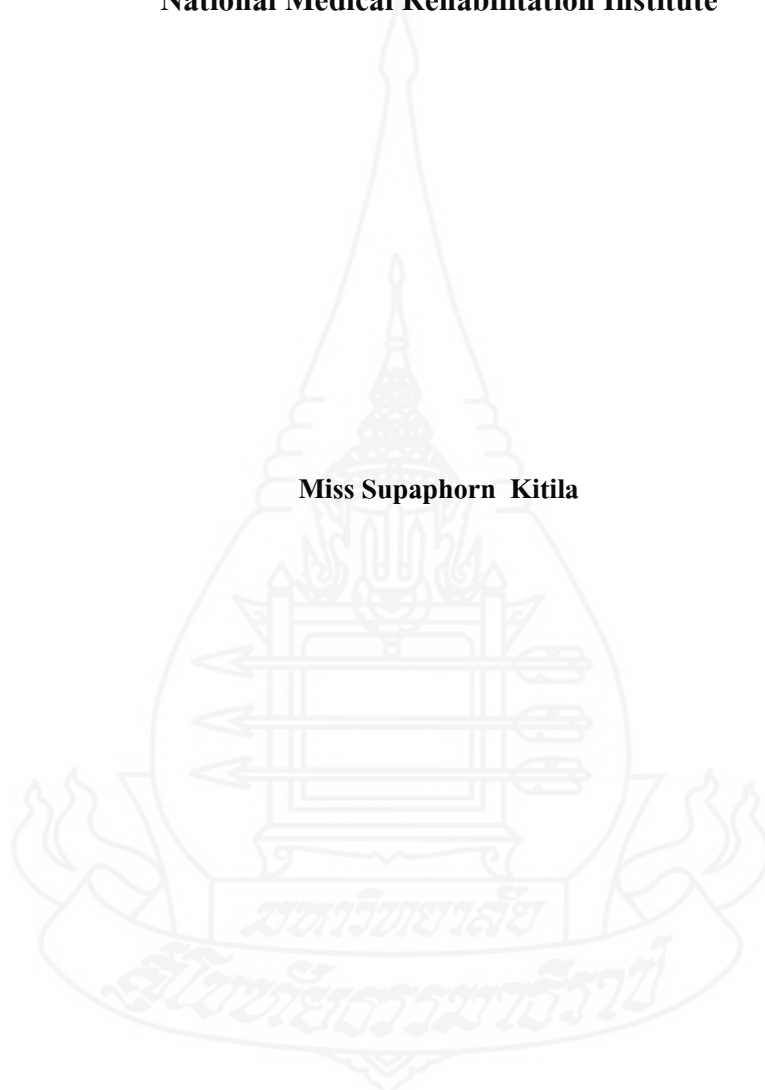
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2560

Factors Affecting Quality of Life of Stroke Patients at Sirindhorn

National Medical Rehabilitation Institute

Miss Supaphorn Kitila



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for

the Degree of Master of Public Health

School of Health Science


Sukhothai Thammathirat Open University

2017


หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ของสถาบันสิรินธร เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
ชื่อและนามสกุล นางสาวสุภาพร กิติหาล้า
วิชาเอก บริหารสาธารณสุข
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. อาจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล
2. รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง


วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2561

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์คุสิต สุจิรัตน์)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง)


..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษณา รุ่งโรจน์วิชย์)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันสิรินธร
เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ผู้วิจัย นางสาวสุภาพร กิติหาล้า รหัสนักศึกษ 2595000585 ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
อาจารย์ที่ปรึกษา (1) อาจารย์ ดร.ธีระวรุช ธรรมกุล (2) รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง
ปีการศึกษา 2560

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 2) ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติที่มีการรู้คิดปกติ จำนวน 135 คน จากจำนวนประชากร 560 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของโคเฮน และใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยตารางเลขสุ่ม เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามค่าความเที่ยงในส่วนของคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.87 และในส่วนของความซึมเศร้า เท่ากับ 0.77สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยสูงอายุ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า และสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปานกลางขึ้นไป มีผู้ดูแล โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัว มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และ 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระดับการศึกษา ความซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ประเภทผู้ดูแล และระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวัน ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายการผันแปรคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 42

คำสำคัญ โรคหลอดเลือดสมอง คุณภาพชีวิต ผู้ดูแลผู้ป่วย

Thesis title: Factors Affecting Quality of Life of Stroke Patients at Sirindhorn
National Medical Rehabilitation Institute

Researcher: Miss Supaphorn Kitila; **ID:** 2595000585;

Degree: Master of Public Health; **Thesis advisors:** (1) Dr.Theerawut Thammakun;
(2) Dr.Warangkana Chankong, Associate Professor;

Academic year: 2017

Abstract

Stroke is a neurological disorder that remains a major health problem in Thailand. The objective of this cross-sectional study were: (1) to determine personal factors of patients, factors related to caregivers, and patients' quality of life; and (2) to determine the association between personal factors and caregiver factors and patients' quality of life, all involving stroke patients at the Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute (SNMRI).

Out of 560 stroke patients who had normal cognitive function at the institute, 135 were selected using the simple random sampling method to take part in the study. Data were collected using a questionnaire with the reliability value on quality of life at 0.87 and depression at 0.77. Statistics for data analyses were frequency, percentage, mean, standard deviation, and multiple linear regression.

The results demonstrated that: (1) among respondents, most of them were elderly male, had no depression, could perform activities of daily living at a moderate level or higher, and had caregivers, most of whom were family members. Their overall quality of life was moderate; and (2) the factors that significantly affected the quality of life of stroke patients were educational level, depression scale, activities of daily living scale, caregiver type, and care time period, which could explain 42% of the stroke patients' quality of life.

Keywords: Stroke, Quality of life, Caregiver

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์จากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาในการให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์แก่การทำวิจัย รวมทั้งช่วยตรวจทาน และแก้ไขวิทยานิพนธ์เล่มนี้จนเสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และ รองศาสตราจารย์ดุสิต สุจิรรัตน์ ภาควิชา ระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงศิรินาถ ตงศิริ แพทย์หญิงคลฤดี ศรีสุภผล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภลักษณ์ เข้มทอง อาจารย์พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง และอาจารย์ ภัชราภรณ์ กองเกิด ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่สละเวลาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและรายละเอียดของ ข้อคำถาม รวมถึงให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการสร้างแบบสอบถามที่ใช้สำหรับการ เก็บข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ที่อนุญาต ให้เก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูล ตลอดจน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติ และผู้ดูแล ที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม และให้ข้อมูล ที่เป็นประโยชน์แก่การทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ บิคารมดา ครอบครวั เพื่อน ผู้ร่วมงาน เพื่อนนักศึกษา ที่เป็นกำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนเป็นอย่างดียิ่งตลอดมา

สุภาพร กิติหล้า

กันยายน 2561

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	11
โรคหลอดเลือดสมอง	12
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	19
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล	40
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	40
การวิเคราะห์ข้อมูล	41

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	42
ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	42
อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	50
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	54
สรุปการวิจัย	54
อภิปรายผล	62
บรรณานุกรม	64
ภาคผนวก	71
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย	72
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item - Objective Congruence Index) แบบประเมินการรู้คิด Montreal cognitive Assessment ฉบับภาษาไทย	74
ค เอกสารประกอบการเก็บข้อมูล	85
ง หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยหนังสือแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	89
ประวัติผู้วิจัย	95

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 ตัวอย่างแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป (Generic descriptions of Quality of life measures).....	22
ตารางที่ 2.2 ตัวอย่างแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke specific Quality of life measures).....	23
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล.....	42
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านผู้ดูแล.....	45
ตารางที่ 4.3 ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม และรายด้าน.....	46
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีผู้ดูแล จำแนกตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน.....	47
ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องมีผู้ดูแล 24 ชั่วโมง/วัน จำแนกตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน.....	48
ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลและมีผู้ดูแลประเภทต่างๆ จำแนกตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน.....	49
ตารางที่ 4.7 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จำแนกตามการไม่มีผู้ดูแลและมีผู้ดูแลประเภทต่างๆ.....	49
ตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แยกเป็นรายปัจจัย (n = 135).....	50
ตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบ Enter ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	52

ญ

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย 6



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่ทางการแพทย์ทั่วโลกในปัจจุบันให้ความสนใจ และมีแนวโน้มว่าจะเป็นปัญหาสำคัญต่อไปในอนาคต ด้วยเหตุที่ลักษณะการเกิดโรคมักเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด ซึ่งแตกต่างจากโรคเรื้อรังอื่นๆ ตลอดจนภาวะโรคที่สามารถส่งผลกระทบต่อหน้าที่การทำงานของร่างกายมนุษย์ในหลายๆ ด้าน ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้รอดชีวิตและครอบครัวส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับความพิการที่หลงเหลืออยู่ภายหลังการเกิดโรค จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมามีร้อยละ 76 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจะมีความบกพร่องทางด้านร่างกายหลงเหลืออยู่ และร้อยละ 42 กลายเป็นคนพิการ ซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Patel, McKevitt, Lawrence, Rudd & Wolfe 2007) โดยความพิการที่เกิดขึ้นเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งรายงานการศึกษาและวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำกว่าคุณภาพชีวิตของคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ (Jönsson, Lindgren, Hallström, Norrving & Lindgren 2005)

ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากสามารถเกิดขึ้นได้กับประชากรทุกเพศ ทุกวัย อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองของประชากรไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 -2559 เท่ากับ 38.63, 43.28 และ 43.58 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของผู้ป่วยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ 5 โรค ซึ่งได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคระบบทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุด โดยมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5 - 2 เท่าตัว (สำนักโรคไม่ติดต่อ 2559) นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted life Years: DALYs) ของประชากรไทย เนื่องจากหากไม่เสียชีวิต ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ก็มักเกิดความพิการตามมา โดยพบว่าการสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นการสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร ซึ่งส่วนใหญ่

เป็นเพศชายที่ยังอยู่ในวัยทำงานและทำหน้าที่เป็นเสาหลักของครอบครัว (วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์ และ คารณี สุวพันธ์ 2551)

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถทำให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตเพิ่มสูงขึ้น แต่ในขณะเดียวกันผู้รอดชีวิตเหล่านี้ก็มักหลงเหลือความพิการที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาวที่ต้องอาศัยการดูแลร่วมกันจากทีมสหวิชาชีพหลากหลายสาขา เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ ปัญหาที่ตามมาก็คือความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล การขาดแคลนบุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวนเพียงไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย รวมทั้งปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ทำให้เมื่อได้รับการรักษาเบื้องต้นจนพ้นขีดอันตรายแล้ว โรงพยาบาลต่างๆ มักมีความจำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วเพื่อรองรับผู้ป่วยรายใหม่ (สถาบันประสาทวิทยา 2554) ซึ่งปัญหาการต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปพร้อมกับภาวะโรค ความพิการหรือความบกพร่องทางด้านร่างกายนี้สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึงถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ต้องให้ความสำคัญไม่น้อยไปกว่าผลลัพธ์ทางการรักษาทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาการแสดงของโรคสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกด้าน การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญและจำเป็นไม่น้อยไปกว่าการประเมินผลลัพธ์ของการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ (Artal & Egidio 2009)

อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติกลับพบว่า การวัดผลลัพธ์ทางการรักษาในรูปแบบของคุณภาพชีวิตกลับมีน้อยมากเมื่อเทียบกับการวัดผลลัพธ์ของการรักษาในรูปแบบอื่นๆ (Patel, McKevitt, Lawrence, Rudd & Wolfe 2007) ทั้งนี้ในความเป็นจริงแล้วการวัดผลลัพธ์โดยวิธีทั่วไป เช่น อัตราการรอดชีวิต ข้อจำกัดหรือระดับความสามารถในการทำงานของร่างกาย ไม่สามารถบ่งบอกถึงความรู้สึกนึกคิด หรือการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อข้อจำกัดทางด้านร่างกายซึ่งเป็นผลมาจากโรคได้ การวัดผลลัพธ์ทางการรักษาออกมาในรูปแบบการวัดคุณภาพชีวิต ถือเป็นการวัดที่ให้ความสำคัญกับมุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อสถานะทางสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการให้การรักษแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการรักษา (Patient-centered) (Krančiukaitė & Rastenyte 2006) ปัจจุบันมีความพยายามที่จะวัดผลลัพธ์ทางการรักษาให้ออกมาในรูปแบบของคุณภาพชีวิตมากขึ้น โดยได้มีผู้พัฒนาคิดค้นเครื่องมือที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตออกมาหลากหลายรูปแบบ ซึ่งแต่ละแบบก็จะมีความแตกต่างกันออกไปตามกรอบแนวคิดหรือมุมมองที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้พัฒนาแบบประเมิน

แบบประเมินคุณภาพชีวิต สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ด้วยกันคือ

1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป (Generic Quality of life measures) เช่น Medical Outcomes Short

Form Health Survey (SF-36), World Health Organization Quality of life the brief (WHOQOL-BREF) เป็นต้น 2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค (Condition-specific measures) เช่น แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน โดยในส่วนของแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นิยมใช้โดยทั่วไป เช่น Stroke Adapted Sickness Impact Profile, Stroke Specific Quality of Life measurement (SSQOL) และ Stroke Impact Scale (SIS) (อภิพร กาญจนกฤษ และปิยภัทร เดชพระธรรม 2558 และทศพร คำผลศิริ 2548) สำหรับในประเทศไทยได้เริ่มมีการนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตเข้ามาใช้ในการวัดผลลัพธ์การให้บริการ ตลอดจนพัฒนารูปแบบการให้บริการต่างๆ มากขึ้น โดยแบบประเมินที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป (Generic Quality of life measures) เช่น World Health Organization Quality of life the brief (WHOQOL-BREF) Medical Outcomes Short Form Health Survey (SF-36) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ไม่เสียค่าใช้จ่าย และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยซึ่งมีความน่าเชื่อถือของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ นอกจากนี้ยังสามารถใช้เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามสถานบริการระดับต่างๆ และกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ได้ง่ายกว่าแบบประเมินเฉพาะ ซึ่งยังไม่เป็นที่แพร่หลายในประเทศ

ถึงแม้ปัจจุบันประเทศไทยจะเริ่มมีการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น แต่ส่วนใหญ่มักเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทั่วไปที่ผู้ป่วยยังอยู่ในระยะเฉียบพลัน (Acute phase) และกลุ่มตัวอย่างที่กลับออกไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมซึ่งมีการเจาะจงทำการศึกษ เฉพาะบางพื้นที่ (ขนิษฐา รักษาเคน, สุรชาติ สิทธิปกรณ์ และอภิญา วงศ์พิริโยธา 2014) ส่วนการศึกษายังยี่ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในและต่างประเทศนั้น พบว่าแต่ละการศึกษาได้ผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างกัน ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ และกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย การมีโรคร่วม/โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับความซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายนอกอื่นๆ เช่น ผู้ดูแล ลักษณะสังคม สิ่งแวดล้อม ความพร้อมของสถานบริการด้านการแพทย์ เป็นต้น (รังษิยา เชื้อเจ็ดคน และเดชาทำดี 2017 และ Klinedinst et al. 2009 และ Deborah, Larsen, Zeringue, Greenspan & Blanton 2005 และ Kamel, Ghani, Zaiton, Motayamm & Fattah 2010) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยยังมีอยู่จำกัด นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง (Chronic phase) ที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานบริการภาครัฐระดับตติยภูมิ ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ยังอยู่ในระยะเฉียบพลัน

ทั้งในด้านระดับการฟื้นตัวของโรค และลักษณะการดำเนินชีวิต รวมถึงมีความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจนำมาซึ่งผลลัพธ์ของการศึกษาที่แตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมา ซึ่งหากได้มีการศึกษาเพิ่มเติมมากขึ้น จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการวางแผนการให้การรักษาผู้ป่วยในแต่ละระยะ ตลอดจนการจัดสวัสดิการหรือการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากภาครัฐ เพื่อช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้บริการสุขภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย และคนพิการที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวและทางร่างกายจากทั่วประเทศ นอกจากนี้ยังเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่สำคัญในศึกษาวิจัย ค้นคว้าองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ตลอดจนการสนับสนุนการดำเนินการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เกี่ยวกับความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวและทางร่างกายในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ทั่วประเทศ จากบันทึกข้อมูลประเภทผู้รับบริการของหน่วยงาน พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่หน่วยงาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 - 2560 มีจำนวน 1,437, 1,602 และ 1,671 คน ตามลำดับ ซึ่งสูงที่สุดในประเภทผู้รับบริการทั้งหมดที่มารับบริการ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังมีความจำเป็นต้องมารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัดอีกเป็นระยะ ซึ่งจำนวนครั้งของการมารับบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมสามปีเท่ากับ 148,342 ครั้ง ความถี่เฉลี่ยคนละ 3 ครั้ง/เดือน เสียค่าใช้จ่ายในการมารับบริการเฉลี่ย/ครั้ง/คน ไม่ต่ำกว่า 700 บาท ซึ่งนับเป็นงบประมาณจำนวนมากที่ภาครัฐต้องรับภาระ และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มมากขึ้นทุกปี เนื่องจากไม่เพียงจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นเท่านั้น แต่รัฐยังต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยรายเก่าที่กลับเข้ามารักษาตัวซ้ำ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ความแออัดในโรงพยาบาล เป็นต้น การวัดผลลัพธ์ทางการรักษาด้วยคุณภาพชีวิต ควบคู่ไปกับการวัดผลลัพธ์ทางการแพทย์ จึงอาจช่วยทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถวางแผนกำหนดเป้าหมายในการให้การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพได้ตรงกับความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดการกลับเข้ามารักษาตัวซ้ำได้ นอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดระบบบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสถานพยาบาลระดับต่างๆ และองค์กรเครือข่ายได้ต่อไปในอนาคต

การศึกษาวิจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติในครั้งนี้ เป็นการศึกษาแรกที่ทำในสถาบันการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับตติยภูมิของประเทศไทย ซึ่งมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถูกส่งต่อมารับการรักษาจากพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ รวมถึงมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่

ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพมากที่สุด ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้มีความหลากหลาย ทั้งในด้านระยะเวลาการเป็นโรค ระดับการฟื้นฟู ตลอดจนบริบททางวัฒนธรรม สังคม สิ่งแวดล้อม

ผลลัพธ์จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนานโยบายและรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่เหมาะสมและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู รวมถึงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อในหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา เพิ่มความร่วมมือในการรับกลับและดูแลของญาติ ทำให้ระยะเวลาการพักรักษาตัว และฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล หรือการเข้ารับการรักษาซ้ำลดลง ซึ่งจะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐในการให้การรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้ ขณะเดียวกันก็มุ่งเน้นในการสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ป่วย ญาติ ตลอดจนสังคมที่ผู้ป่วยอยู่อาศัย เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับแผนการปฏิรูปประเทศไทยในระยะ 20 ปี และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขของประเทศให้ดียิ่งขึ้น

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

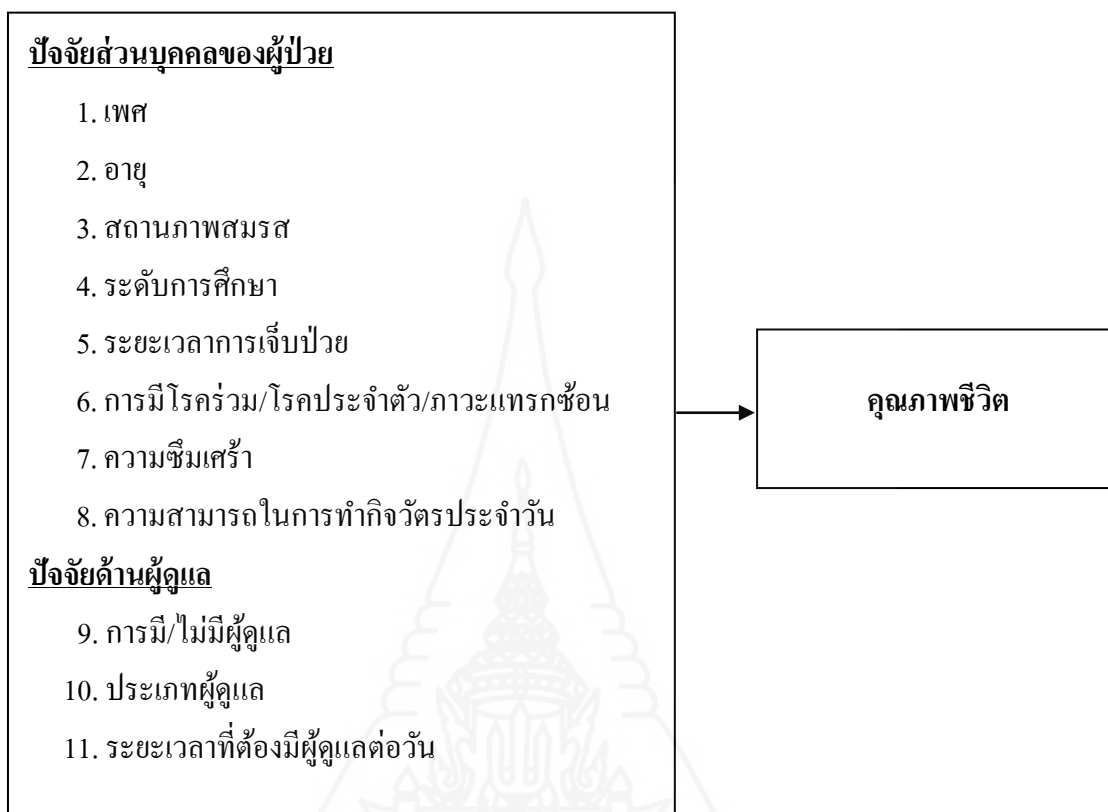
2.2 เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้ดังแสดงไว้ในภาพที่ 1.1 ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ทางด้านซ้ายของภาพที่ 1.1 และตัวแปรตาม (Dependent Variable) ทางด้านขวาของภาพที่ 1.1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม/โรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อน ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความซึมเศร้า การมี/ไม่มีผู้ดูแล ประเภทผู้ดูแล และระยะเวลาที่ต้องการการดูแลต่อวัน มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5. ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ที่สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้ และมีการรู้คิด (Cognitive function) ปกติ จำนวน 135 คน

5.1 ระยะเวลา ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือตั้งแต่เดือนพฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2561

5.2 สถานที่ การศึกษานี้ศึกษาที่ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี

5.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษานี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตอบแบบสอบถามตามหัวข้อในแบบสอบถาม

5.4 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนี้

5.4.1 ตัวแปรต้น ได้แก่

1) **ปัจจัยส่วนบุคคล** ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม/โรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อน ความซึมเศร้า และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

2) **ปัจจัยด้านผู้ดูแล** ประกอบด้วย การมี/ไม่มีผู้ดูแล ประเภทผู้ดูแล และระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวัน

5.4.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วัดตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF - THAI) โดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) มีเนื้อหาการประเมินครอบคลุมทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในข้อความที่จะต้องใช้อ้างอิงหรือกล่าวถึงในการศึกษานี้ จึงขอกำหนดนิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการศึกษาดังต่อไปนี้

6.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติและ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพแห่งชาติลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

6.2 อายุ หมายถึง อายุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนับถึงวันที่คอบแบบสอบถาม นับเป็นจำนวนปี เศษของปีที่มีมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี

6.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นนับเป็นเดือน หากมีการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำหลายครั้ง ให้นับจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครั้งแรก

6.4 โรคร่วม/โรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การมีอาการ หรือโรคที่เกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง แผลกดทับ ซึ่งอาจเกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก็ได้ โดยเป็นอาการหรือโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงชีวิตสูงมากขึ้น หรือทำให้ต้องมีการตรวจ วินิจฉัย และรักษาตัวเพิ่มเติม

6.5 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เป็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยในการงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินบาร์เคลงับภาษาไทย พัฒนาโดย ปิยะภัทร เดชพระธรรม และคณะ (2549) แบ่งเป็น 10 หัวข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร (Feeding) สุขวิทยาส่วนบุคคล (Grooming) การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปเก้าอี้ (Transfer) การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน (Toilet use) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน (Mobility) การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) การขึ้นลงบันได (Stairs) การอาบน้ำ (Bathing) การควบคุมการถ่ายอุจจาระ (Bowels) และการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ (Bladder) คะแนนรวมทั้งหมด 100 คะแนน และมีการแบ่งคะแนนระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นคะแนนไม่ต่อเนื่อง โดยแปลผลการประเมินออกเป็น 5 ระดับ คือไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เลย สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก และสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองทั้งหมด

6.6 ความซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ซึ่งสามารถแสดงออกมาในรูปแบบต่างๆ ซึ่งในงานวิจัยนี้

ใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2550) โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความถี่ของการเกิดพฤติกรรม 9 พฤติกรรม ในช่วง 2 สัปดาห์จนถึงวันสัมภาษณ์ และแปลผลคะแนนที่ได้ออกมาเป็นระดับความซึมเศร้า 4 ระดับ คือ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และมีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

6.7 ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาจเป็นญาติพี่น้อง หรือบุคคลอื่น และได้รับคำตอบแทนหรือไม่ได้รับคำตอบแทนก็ได้

6.8 ประเภทผู้ดูแล แบ่งเป็น 3 ประเภท ถ้าหากมีผู้ดูแลหลายคนให้ใช้ข้อมูลของผู้ดูแลที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

6.8.1 คนในครอบครัว หมายถึง สมาชิกในครอบครัว หรือญาติที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ โดยไม่ได้รับคำตอบแทน แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 7 ความสัมพันธ์ คือ สามี/ภรรยา พ่อ/แม่ พี่/น้อง บุตร หลาน ลูกเขย/ลูกสะใภ้ และอื่นๆ

6.8.2 ลูกจ้างจากศูนย์จัดหาผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ที่มาจากศูนย์/บริษัท/สถานประกอบการที่ทำธุรกิจเกี่ยวกับการจัดหาผู้ดูแล โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำข้อตกลงในการดูแล และจ่ายคำตอบแทนให้กับผู้ดูแลผ่านศูนย์/บริษัท/สถานประกอบการนั้นๆ

6.8.3 ลูกจ้างทั่วไป หมายถึง ผู้ที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ที่ไม่ได้สังกัดศูนย์/บริษัท/สถานประกอบการที่ทำธุรกิจเกี่ยวกับการจัดหาผู้ดูแล โดยได้รับค่าจ้างเป็นระยะ อย่างสม่ำเสมอ โดยตรงจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจเป็นญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือบุคคลภายนอกก็ได้

6.9 ระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวัน หมายถึง จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการผู้ดูแลเพื่อให้การดูแล ช่วยเหลือ หรือรอให้การช่วยเหลือผู้ต่อวัน

6.10 คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อสุขภาพและชีวิตประจำวันของตนเอง โดยในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF - THAI) โดย สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล และคณะ (2540) สามารถแปลผลระดับคุณภาพชีวิตออกมาได้ 3 ระดับ คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การมีคุณภาพชีวิตกลางๆ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี แบ่งหัวข้อการประเมินออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

6.10.1 ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของตนเองที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ ความเจ็บปวดตามร่างกายที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม กำลังในการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน การนอนหลับ ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการทำงาน และความจำเป็นในการได้รับการรักษาพยาบาล

6.10.2 ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ได้แก่ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต สมาธิในการทำกิจกรรม ความพึงพอใจในตนเอง การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเอง ความรู้สึกด้านลบ และการให้คุณค่าต่อชีวิตตนเอง

6.10.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการเข้ากับบุคคลอื่น ความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือ ความพึงพอใจในด้านเพศสัมพันธ์

6.10.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ความพึงพอใจในสภาพที่อยู่อาศัย ความเพียงพอของรายได้ ความพึงพอใจในการใช้บริการด้านสาธารณสุข การรับรู้ข่าวสารที่จำเป็น การได้รับโอกาสในการพักผ่อน ความพึงพอใจต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ และความพึงพอใจในการเดินทางไปในที่ต่างๆ

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 บุคลากรที่เกี่ยวข้องของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติได้ทราบระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในปัจจุบันซึ่งสามารถนำไปใช้ในการวางแผนในการให้การรักษาที่เหมาะสม และเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพให้ดีขึ้น

7.2 สถานพยาบาลภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถนำผลลัพธ์ด้านปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

7.3 ผู้บริหารสถานพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถนำผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพและจัดสวัสดิการที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้รอดชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากภายหลังการเกิดโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะยังคงมีความพิการหรือข้อจำกัดในด้านต่างๆ หลงเหลืออยู่ ซึ่งทำให้แบบแผนการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนไป รวมทั้งยังคงมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาฟื้นฟูอันยาวนานและต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และสัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว ปัจจุบัน โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และเนื่องมาจากวิทยาการทางการแพทย์ที่ทันสมัยในปัจจุบัน ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจึงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญในระดับประเทศ

ปัจจุบันการวัดผลการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยคำนึงถึงผลลัพธ์ทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นมุมมองทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอต่อการประเมินความก้าวหน้าทางการรักษาอีกต่อไป การให้การรักษาโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้สามารถมองผู้ป่วยได้ในแบบองค์รวม การวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการวัดความก้าวหน้าในการรักษาทางการแพทย์จึงถูกนำมาใช้กันอย่างกว้างขวาง และการหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นและมีประโยชน์อย่างยิ่ง ที่จะทำให้นักวิชาการทางการแพทย์ ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องได้นำมาใช้ในการวางแผนการให้การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนกำหนดเป็นนโยบายหรือสวัสดิการทางสังคม เพื่อช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดีขึ้น

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ รวมถึงอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร บทความทางวิชาการ ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้ครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ได้แก่

1. โรคหลอดเลือดสมอง
 2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- โดยมีรายละเอียดในแต่ละหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ความหมายและสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือในทางการแพทย์เรียกว่า Cerebrovascula disease (CVD) เป็นโรคทางระบบประสาท ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองอย่างทันที และสมองมีการสูญเสียหน้าที่ไปนานกว่า 24 ชั่วโมง โดยสามารถจำแนกโรคหลอดเลือดสมองตามหลักพยาธิวิทยาหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

1.1.1 โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจากการขาดเลือด (Ischemic Stroke)

เป็นประเภทที่พบได้บ่อยที่สุด คือประมาณร้อยละ 70 - 80 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด แบ่งเป็น 2 ชนิดใหญ่ๆ ได้แก่

1) *Thrombotic* คือ ภาวะหลอดเลือดถูกอุดตันจากคราบตะกอนชั้นเล็ก (Plaque) ซึ่งในกรณีนี้ผนังหลอดเลือดอาจมีการถูกทำลายอยู่ก่อนแล้วจากการที่มีไขมันสะสม ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นและแข็ง (Atherosclerosis) เมื่อมีตะกอนเกาะบริเวณผนังของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจึงทำให้เกิดการอุดตันจนเลือดไปเลี้ยงสมองบางส่วนไม่ได้

2) *Embolic* คือ ภาวะที่มีลิ่มเลือดจากบริเวณอื่นที่ไม่ใช่ส่วนของสมอง ลอยไปติดที่เส้นเลือดในสมอง โดยอาจเป็นลิ่มเลือดขนาดเล็ก (Embolism) ก้อนไขมันขนาดเล็ก (Fat embolism) กลุ่มฟองอากาศ (Air embolism) มาจากเนื้อเยื่อต่างๆของร่างกาย (ส่วนใหญ่มาจากบริเวณหัวใจ หรือคอ) ทำให้เส้นเลือดสมองอุดตันและขาดเลือดไปเลี้ยง เนื้อเยื่อส่วนที่ขาดเลือดจึงตาย

1.1.2 โรคหลอดเลือดสมองแตกจากภาวะเลือดออก (Hemorrhagic Stroke) พบได้

ร้อยละ 20- 30 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด โดยเลือดที่ไหลออกมาจากการที่เส้นเลือดในสมองที่แตกนี้จะกดเนื้อสมองบริเวณนั้นจนเซลล์สมองขาดเลือด ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดแรงดันที่สูงกว่าปกติจนผนังหลอดเลือดเกิดการแตกหรือปริ โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้มีความรุนแรงกว่าแบบแรก และทำให้ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เป็นเสียชีวิต แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ 1) Subarachnoid hemorrhage (SAH) คือภาวะที่มีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้นกลางกับชั้นในที่อยู่รอบๆ เนื้อสมอง (Subarachnoid space) และ 2) Intracerebral hemorrhage (ICH) คือภาวะที่มีเลือดออก

ในเนื้อสมอง ซึ่งอาจเกิดจากหลอดเลือดโป่งพอง (Aneurysm) และหลอดเลือดสมองผิดปกติ (Arteriovenous malformation: AVMs) (กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม 2552) (เพ็ญแข แดงสุวรรณ 2548) (เอี่ยมพร สกุกแก้ว 2551) (Silva, Venketasubramanian, Roxas & Lampl 2014)

1.2 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ และปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ (สถาบันประสาทวิทยา 2558) (Silva, Venketasubramanian, Roxas & Lampl 2014)

1.2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ ได้แก่

1) *ความดันโลหิตสูง* โดยภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดง ด้านในเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่นและแตกเปราะง่าย ผู้เป็นความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่เป็นประมาณ 4-6 เท่า และพบว่าร้อยละ 35-73 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

2) *เบาหวาน* กลไกการเกิดโรคเบาหวานที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือทำให้หลอดเลือดฝอยอุดตัน ซึ่งทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงได้ง่าย นอกจากนี้ผู้ที่เป็โรคเบาหวานมักเป็นกลุ่มเดียวกับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับอ้วนหรือน้ำหนักตัวมาก ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมากกว่าคนที่ไม่เป็นประมาณ 2 ถึง 3 เท่า

3) *ไขมันในเลือดสูง* ภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดโอกาสที่ไขมันจะหลุดเป็นตะกรัน (Plaque) เข้าไปเกาะหรืออุดตันตามหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดไม่ยืดหยุ่น เกิดการตีบตันได้ง่าย เลือดจึงไหลไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้น้อย ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งปกติระดับ Cholesterol ในร่างกายไม่ควรเกิน 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ โดยควรมีไขมันชนิดดี (High Density Lipoprotein: HDL) มากกว่า 45 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และมีไขมันชนิดไม่ดี (Low Density Lipoprotein: LDL) น้อยกว่า 100-130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

4) *ความอ้วน* ดัชนีมวลกายปกติ (Body Mass Index: BMI) ไม่ควรเกิน 25 kg/m^2 โดยคนที่มึน้ำหนักตัวมากจะมีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่าย

5) *โรคหัวใจ* เนื่องจากลิ่มเลือดที่อยู่ในห้องหัวใจและตามตำแหน่งต่างๆ ของหัวใจ อาจหลุดเข้าไปในหลอดเลือดสมองและทำให้หลอดเลือดตีบหรืออุดตันได้

6) *ภาวะที่มีโปรตีน Homocystein ในกระแสเลือดสูง* ซึ่งจะทำลายผนังหลอดเลือดชั้นในและทำให้เลือดแข็งตัวง่าย ผนังของหลอดเลือดแดงชั้นในจึงหนาตัวขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ทำให้การไหลเวียนโลหิตผิดปกติ สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ทั้งนี้ค่าปกติของ Homocystein ในกระแสเลือดคือประมาณ 5-15 micromoles per liter

- 7) บุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 2 เท่า เนื่องจากสารนิโคตินและคาร์บอนมอนนอกไซด์ในบุหรี่สามารถทำลายหลอดเลือดได้
- 8) แอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะทำให้หลอดเลือดเปราะหรือเลือดออกง่าย เลือดแข็งตัวผิดปกติ ทำให้ลดการไหลเวียนของเลือดไปสู่สมอง นอกจากนี้ยังทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ และความดันโลหิตสูงได้อีกด้วย
- 9) โคเคน แอมเฟตามีน และเฮโรอีน โดยสารเสพติดเหล่านี้จะกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว เกิดเลือดทำงานหนัก ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว ซึ่งเป็นสาเหตุของสมองขาดเลือดและเลือดออกในสมอง
- 10) กิจกรรมการดำเนินชีวิตบางอย่าง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและทำให้มีโอกาสเกิดโรคสมองได้ เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันมากหรืออาหารประเภททอด การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด เป็นต้น
- 11) ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ได้รับฮอร์โมนทดแทน ยาคุมกำเนิด ยาสเตียรอยด์ ภาวะเลือดหนืดข้น

1.2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่

- 1) อายุ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับอายุ ผู้ที่มีอายุมากจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย คนที่อายุ 55 ปี มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า และจะเพิ่มขึ้นเป็นสามเท่าเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป
- 2) เพศ โดยทั่วไปเพศชายมีโอกาสดเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง ยกเว้นในเพศหญิงที่มีประวัติการใช้ยาคุมกำเนิดเป็นระยะเวลาเวลานานที่อาจมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น
- 3) กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยงสูงกว่าคนทั่วไป
- 4) เชื้อชาติ พบว่าคนผิวดำ (African American) มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว (Caucasians) 2.5 เท่า
- 5) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ที่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ชั่วคราว มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่เคยประมาณ 10 เท่า

1.3 อาการเตือน

อาการเตือนหรืออาการแสดงที่สำคัญที่สามารถสังเกตได้มีอยู่หลายอาการด้วยกัน ซึ่งบางอาการเตือนเหล่านี้อาจเกิดขึ้นชั่วขณะแล้วหายไปเอง หรือในบางรายอาจเกิดขึ้นได้หลายครั้ง ก่อนที่จะเกิดอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร หากผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิดสามารถรู้ตัวได้เร็วและรีบไปพบแพทย์ได้ในทันที ก็จะช่วยรักษาชีวิตและลดความพิการที่จะเกิดขึ้นได้ อาการที่พบโดยทั่วไป เช่น

- 1.3.1 อ่อนแรงหรือชาบริเวณใบหน้า แขน ขา ซีกหนึ่งของร่างกาย
- 1.3.2 พูดไม่ชัด พูดลำบาก พูดอ้อแอ้ หรือปากเบี้ยวขณะพูด
- 1.3.3 มองไม่เห็น หรือสายตาวრ่ามัวข้างเดียวหรือสองข้าง เห็นภาพซ้อน
- 1.3.4 วิงเวียนศีรษะ หรือสูญเสียการทรงตัว
- 1.3.5 ปวดศีรษะรุนแรง
- 1.3.6 มีอาการมึนงงหรือหมดสติ
- 1.3.7 มีอาการสับสน

1.4 ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง

ความผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยแต่ละรายจะไม่เหมือนกันทั้งนี้ขึ้นกับส่วนของสมองที่ถูกทำลาย และความรุนแรงของรอยโรคที่เกิดขึ้นกับสมองส่วนนั้น อย่างไรก็ตามสามารถแบ่งความผิดปกติออกได้เป็นด้านต่างๆ ดังนี้ (Silva, Venketasubramanian, Roxas & Lampl 2014)

1.4.1 การอ่อนแรงของร่างกายและการควบคุมการเคลื่อนไหว (Paralysis and Problems Controlling Movement) ภาวะอ่อนแรงนี้เป็นอาการปกติทั่วไปที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งปกติแล้วจะเกิดขึ้นกับร่างกายซีกใดซีกหนึ่งที่อยู่ตรงข้ามกับด้านของสมองที่เกิดรอยโรค โดยอาจเกิดขึ้นกับร่างกายเฉพาะส่วน เช่น ใบหน้า แขนขา หรือทั้งหมดของร่างกายก็ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการเคลื่อนไหว ซึ่งจะส่งผลต่อการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ในผู้ป่วยที่เกิดรอยโรคขึ้นในสมองส่วนท้าย (Cerebellum) ที่ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหว และการทรงตัวก็จะทำให้สูญเสียความสามารถในการทำงานประสานกันของอวัยวะต่างๆ ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างที่ต้องอาศัยการประสานสหสัมพันธ์ต่างๆ ของร่างกายได้อย่างแม่นยำ เช่น การเดิน การวิ่ง การขี่จักรยาน เป็นต้น

1.4.2 การรับประสาทความรู้สึกรบกวนและความเจ็บปวด (Sensory Disturbances and Pain) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีภาวะบกพร่องหรือสูญเสียการรับความรู้สึกสัมผัส ความเจ็บปวด อ่อนหภูมิ การรับรู้ตำแหน่งของร่างกาย ในบางรายอาจมีอาการชาหรือความรู้สึกรู้สึกเจ็บปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ระบบประสาทถูกทำลาย ความเจ็บปวดบางอย่างอาจเป็นผลมาจากภาวะอ่อนแรงของกล้ามเนื้ออย่างมากจนทำให้ข้อต่อต่างๆ ได้รับความบาดเจ็บ เช่น ข้อไหล่หลุด นอกจากนี้การสูญเสียระบบประสาทร่วมกันของเส้นประสาทรับความรู้สึก (Sensory nerve) และเส้นประสาทสั่งการหรือนำคำสั่ง (Motor nerve) อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการขยับถ่าย การกลืน ปัสสาวะและอุจจาระได้

1.4.3 การสื่อสารและการพูด (Communication) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองข้างซ้าย มักประสบกับปัญหาด้านการพูด การเขียน และการเข้าใจภาษา โดยผู้ป่วยอาจมีความบกพร่องด้านภาษา (Aphasia) ทั้งที่เป็นความผิดปกติในการเข้าใจภาษาเพียงอย่างเดียว ความผิดปกติในการใช้ภาษาเพียงอย่างเดียว หรือมีความผิดปกติทั้งสองอย่างรวมกันก็ได้

1.4.4 สมาธิและความจำ (Attention and Memory) โรคหลอดเลือดสมองอาจเกิดพยาธิสภาพกับส่วนของสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ การรับรู้ การเรียนรู้ และสมาธิ ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการวางแผนหรือทักษะขั้นสูงของมนุษย์ อาการที่เห็นได้ชัด เช่น การสูญเสียความจำ ซึ่งอาจเป็นทั้งความจำระยะสั้นหรือระยะยาว การหลงลืมร่างกายหรือละเลยสิ่งแวดล้อมด้านเดียวกับร่างกายที่อ่อนแรง สมาธิในการทำกิจกรรมต่างๆ สั้น เป็นต้น

1.4.5 อารมณ์และพฤติกรรม (Emotional and Behavioral) จากผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้เกิดความผิดปกติต่างๆดังที่กล่าวมาแล้ว ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากต้องประสบกับปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม เช่น ภาวะซึมเศร้า กลัว เครียด วิตกกังวล ก้าวร้าว สับสน หรือมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิมที่เคยเป็น การรักษาอาการเหล่านี้ในบางรายอาจมีความจำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญหรือจิตแพทย์ หรือในรายที่มีอาการรุนแรงก็อาจมีการใช้ยาทางจิตเวชร่วมด้วย

นอกจากภาวะความผิดปกติที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้น โรคหลอดเลือดสมองยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วย เช่น สัมพันธภาพกับคนรอบข้าง บทบาททางสังคม ค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการต้องเข้ารับบริการรักษาและฟื้นฟูอันยาวนาน (สถาบันประสาทวิทยา 2558)

1.5 ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ทั้งจากรอยโรคเอง และจากการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม โดยทั่วไปแล้วภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการระมัดระวังไม่ให้เกิดขึ้น เนื่องจากมักเป็นอุปสรรคต่อการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนบางอย่างอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการแยลงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ตัวอย่างภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ (สถาบันประสาทวิทยา 2559)

1.5.1 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ โดยผู้ป่วยควรได้รับการประเมินด้วยการตรวจร่างกาย การตรวจเอ็กซเรย์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ในรายที่มีความเสี่ยงหรือแสดงอาการ นอกจากนี้ผู้ป่วยและญาติยังควรได้รับคำแนะนำวิธีการป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเช่น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว การลุกขึ้นมาอยู่ในท่านั่ง หรือการ สอนโปรแกรมออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ

1.5.2 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบขับถ่าย ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินการทำงานของ กระเพาะปัสสาวะโดยเร็วที่สุด นอกจากนี้ยังควรได้รับ โปรแกรมฝึกการขับถ่ายที่เหมาะสม ทั้งนี้ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้น

1.5.3 ภาวะชัก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายอาจมีอาการชักซึ่งควรได้รับการ วินิจฉัยและตรวจหาสาเหตุที่ทำให้เกิดการชัก ทั้งนี้เพื่อให้สามารถแก้ไขและให้ยากันชักที่เหมาะสม

1.5.4 ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง และสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย พฤติกรรม ตลอดจนการทำกิจกรรมทางสังคม ของผู้ป่วยได้ การค้นหาสาเหตุของอาการซึมเศร้าและให้การรักษาที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วย ให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้ดีขึ้น

1.5.5 ภาวะกลืนลำบาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านการ กลืนร่วมด้วย ทั้งนี้เนื่องมาจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและอวัยวะที่ใช้ในการกลืน ผู้ป่วยที่มีความ เสี่ยงด้านการกลืนบางราย อาจมีการพิจารณาให้อาหารทางสายอาหาร จนกว่าผู้ป่วยจะมีความสามารถ ด้านการกลืนอยู่ในระดับที่ปลอดภัย ทั้งนี้เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารซึ่งจะนำมาซึ่งการ ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการ ของร่างกายด้วย

1.5.6 ภาวะบวมของหัวไหล่ มือและแขน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการอ่อนแรงของ กล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถขยับข้อต่างๆ เหล่านี้ได้ และเกิดความเจ็บปวด บวม จากการที่เลือด ไหลเวียนไม่ปกติ ซึ่งสุดท้ายอาจทำให้ข้อไหล่หลุด เคลื่อน หรือภาวะข้อติดแข็งได้ ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับ คำแนะนำเพื่อป้องกันอาการเหล่านี้ตั้งแต่อยู่ในระยะแรก เช่นการออกกำลังกาย การจัดทำทางของ ร่างกายที่เหมาะสม รวมถึงการใช้อุปกรณ์ประคองไหล่ หรือมือ เป็นต้น

1.5.7 ผลกดทับ ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของร่างกายมักมีการเคลื่อนไหวของ ร่างกายได้น้อย การอยู่ในท่านั่งหรือนอนนานๆ อาจทำให้เกิดแผลกดทับตามปุ่มกระดูกต่างๆ ได้ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยสูญเสียการรับรู้สึกตามส่วนของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่รับรู้เมื่อเกิดแผล ญาติและผู้ดูแลจึงควรมีการพลิกตัวหรือเปลี่ยนท่าให้กับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังควรมี การสำรวจตามร่างกายของผู้ป่วยทุกวันว่ามีแผลกดทับเกิดขึ้นหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มี โรคเบาหวานร่วมด้วย เนื่องจากการรักษาแผลให้หายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ทำได้ยาก แผลกดทับที่รุนแรง อาจเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

1.5.8 การปลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะมีปัญหาการอ่อนแรงและการเคลื่อนไหวที่เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดการปลัดตกหกล้มแล้ว ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ก็คือด้านความคิดความเข้าใจ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยขาดความระมัดระวังตัวในการป้องกันตนเอง ผู้ป่วยเหล่านี้จึงควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการปลัดตกหกล้มเป็นระยะร่วมกับ โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ในผู้ป่วยบางรายอาจต้องมีการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการปลัดตกหกล้มร่วมด้วย เช่น การติดราวจับในห้องน้ำ การทำทางลาดสำหรับรถเข็น การปรับเปลี่ยนเฟอร์นิเจอร์ในบ้าน เป็นต้น

1.6 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันยังคงให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยทางคลินิกเป็นอันดับแรก โดยเริ่มจากการประเมินอาการทางระบบประสาทที่เป็นแบบเฉพาะ เช่น การอ่อนแรงครึ่งซีกของร่างกาย การมองเห็นภาพซ้อน พูดและกลืนลำบาก เป็นต้น จากนั้นจึงสอบถามปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น เพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยทางคลินิกให้มีความแม่นยำมากยิ่งขึ้น (สถาบันประสาทวิทยา 2558)

1.6.1 การตรวจเลือดเพื่อหาสาเหตุ

1.6.2 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

1.6.3 การตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นความถี่สูง เช่น การตรวจหลอดเลือดที่คอด้วย Carotid duplex scan การตรวจหลอดเลือดในสมอง (MRA, MRV) การตรวจการทำงานของหัวใจ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เป็นต้น

1.6.4 การตรวจทางรังสีเทคนิค เช่น Chest X-ray, CT brain, Cerebral angiography เป็นต้น

1.7 การรักษา

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละที่มักมีความแตกต่างกันออกไปตามความพร้อมด้านบุคลากรและเครื่องมือทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับชนิด ความรุนแรง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ ทั้งนี้หากผู้ป่วยสามารถมารับการรักษาเร็วเท่าใดก็จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการลงได้มากเท่านั้น โดยทั่วไปการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักประกอบไปด้วย 4 วิธี คือ (สถาบันประสาทวิทยา 2558) (แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองสำหรับแพทย์ 2556)

1.7.1 การรักษาทางยา ซึ่งการรักษาทางยามักใช้ในผู้ป่วยที่มีสาเหตุมาจากสมองขาดเลือด โดยจะให้ยาในกลุ่มละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งต้องได้รับการให้ยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

1.7.2 การรักษาโดยการผ่าตัด มักใช้ในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง สมองบวม หรือเส้นเลือดแดงใหญ่ที่คอมีการตีบตันมากกว่าร้อยละ 70

1.7.3 การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่หลังจากพ้นระยะวิกฤติแล้ว มักต้องได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูต่อไปอีกระยะ ทั้งนี้ขึ้นกับระดับความรุนแรงและการฟื้นตัวของแต่ละคน

1.7.4 การรักษาโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การควบคุมอาหาร การงดดื่มสุรา การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ทั้งนี้เพื่อลดโอกาสในการกลับมาเป็นซ้ำอีก

1.8 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการให้การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย เป็นต้น ซึ่งวัตถุประสงค์หลักที่สำคัญคือ ให้ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่น้อยที่สุด หรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามระดับความสามารถของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี (แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองสำหรับแพทย์ 2556)

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

กรอบแนวความคิดที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 1950 มีผู้ให้ความหมายและคำจำกัดความเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้หลากหลาย ทั้งในแง่ของการด้าน ด้รับบริการ สวัสดิการ เศรษฐกิจ ความพึงพอใจ ความผาสุก ค่านิยม โดยทฤษฎีที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในยุคแรกๆ นั้น ได้รับการพัฒนามาจากทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory) ซึ่งแบ่งความต้องการของมนุษย์ออกเป็นลำดับขั้น 5 ระดับคือ (ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และจรัมพร โห้ล่ายอง 2555)

2.1.1 ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการระดับต่ำสุดของมนุษย์และเป็นพื้นฐานของชีวิต เช่น ความต้องการอาหาร น้ำดื่ม อากาศ ที่อยู่อาศัย รวมถึงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

2.1.2 ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) เป็นความต้องการหลังจากที่ความต้องการทางร่างกายได้รับการตอบสนองแล้ว มนุษย์จะต้องการความมั่นคงปลอดภัย ความต้องการการคุ้มครองจากอันตรายทั้งทางกายและจิตใจ เช่น การประกันชีวิตและสุขภาพ กฎระเบียบ

2.1.3 ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Belonging and love needs) เป็นความต้องการความรัก ความใส่ใจ การได้สร้างความรักและผูกพันกับผู้อื่น

2.1.4 ความต้องการเกียรติยศ (Esteem Needs) เป็นความต้องการนับถือตนเอง และความต้องการได้รับการยกย่องนับถือจากคนอื่น ชื่อเสียง เกียรติยศ ความภาคภูมิใจในสถานภาพทางสังคม ต้องการชื่อเสียงและการยกย่องจากบุคคลอื่น

2.1.5 ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Self-Actualization Needs) เป็นความต้องการระดับสูงสุด เป็นความต้องการในการตระหนักรู้ความสามารถของตนเอง และใช้ความสามารถทักษะ อย่างเต็มศักยภาพเพื่อให้สมหวังตามความตั้งใจของตนเอง

การให้ความหมายของคำว่า “คุณภาพชีวิต” ในยุคแรกจึงเป็นการนำเอาทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์มาใช้ ซึ่งต่อมาก็ได้มีความพยายามในการขยายความหมายให้มีความครอบคลุมองค์ประกอบต่างๆ ในชีวิตมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามนิยามของคุณภาพชีวิตก็ยังไม่ชัดเจนและยากที่จะให้คำจำกัดความ ซึ่งจากการวิเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า นิยามของคุณภาพชีวิตมีความหลากหลาย (Multidimensional description) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ความจำเป็น ความต้องการ และความปรารถนาของคนในแต่ละท้องถิ่นและสังคม ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบริบท เช่น 1) มุมมองที่แตกต่างกันของผู้ให้คำจำกัดความ เช่น ด้านสิ่งแวดล้อม การเมือง เศรษฐกิจ หรือสาขาวิชาทางการแพทย์ 2) ช่องว่างระหว่างความคาดหวังและประสบการณ์จริงที่ได้รับ 3) การรับรู้ส่วนบุคคลในเรื่องของความเป็นอยู่ ระดับความคาดหวัง ความพึงพอใจ และการให้ความหมายกับสิ่งต่างๆ ในชีวิต (Wang and Langhammer 2017)

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้สถานะชีวิตเฉพาะของแต่ละบุคคลในบริบททางวัฒนธรรมและการให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และสิ่งที่ตนเองให้ความสำคัญ และส่งผลกระทบต่อบุคคลใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย (Physical health) สภาวะทางจิตวิทยา (Psychological state) ระดับความมีอิสระในการดำรงชีวิต (Level of independence) ความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) และความเชื่อส่วนบุคคลและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่ (Personal beliefs and their relationship to salient features of their environment) (ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, เกลิมพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และจรัมพร ให้อายอง 2555)

2.2 ความสำคัญของการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในอดีตที่ผ่านมาการวัดผลลัพธ์ของการให้การรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักมีการวัดออกมาในรูปแบบของอัตราการรอดชีวิตหรือข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เช่น ความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจกรรม ระดับความเหนื่อยล้า เป็นต้น (Stokes 2011) ซึ่งการวัดเหล่านี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานมุมมองทางด้านการแพทย์มากกว่าการให้ความสำคัญกับความรู้สึกนึกคิด หรือการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อข้อจำกัดทางด้านร่างกายของตนเอง (Krančiukaite & Daiva RastenYTE, 2006) อย่างไรก็ตามจากความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ และในจำนวนผู้รอดชีวิตเหล่านี้มีประมาณหนึ่งในสามเท่านั้นที่สามารถหายเป็นปกติหรือมีความพิการเพียงเล็กน้อย ในขณะที่จำนวนผู้รอดชีวิตอีกสองในสามที่เหลือจะมีความพิการคงอยู่ในระดับปานกลาง และรุนแรงซึ่งมีความจำเป็นต้องอาศัยการให้การดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาว (Sonrasi & Kalitesi 2010)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การวัดความก้าวหน้าทางการรักษาในรูปแบบเดิมซึ่งไม่ได้มองถึงคุณภาพการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการเป็นโรจึงไม่เพียงพอต่อการบ่งบอกคุณภาพและประสิทธิภาพของการให้การรักษาอีกต่อไป การแพทย์ในปัจจุบันจึงมุ่งให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น โดยเชื่อว่าการวัดคุณภาพชีวิตร่วมกับการวัดผลลัพธ์ทางการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นสิ่งจำเป็นที่จะสามารถช่วยเติมเต็มประสิทธิภาพของการรักษาให้ดียิ่งขึ้น การวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นสิ่งที่ได้รับความสนใจอย่างมากในปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนปรับเปลี่ยนการรักษาให้กับผู้ป่วยได้ต่อไปในอนาคต (Krančiukaite & RastenYTE 2006)

2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การวัดความก้าวหน้าทางการรักษาเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างมากในการวางแผนการให้การรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องใช้วิธีการวัดที่สามารถแสดงผลลัพธ์ออกมาเป็นรูปธรรมชัดเจน ในอดีตที่ผ่านมาการวัดผลการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะเน้นการวัดให้ออกมาในรูปแบบของการป้องกันการเสียชีวิต การบรรเทาอาการของโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย ซึ่งการวัดเหล่านี้ไม่ได้แสดงถึงผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากปัญหาทางด้านร่างกายเลย การวัดคุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญในการใช้วัดผลลัพธ์และความก้าวหน้าในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สามารถวัดได้หลายมิติ (Multidimensional) ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และความคิด นอกจากนี้ยังถือเป็นการวัดผลลัพธ์ที่มองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการรักษา (Patient centered) ที่สามารถบ่งบอก

มุมมองของผู้ป่วยต่อสุขภาพของตนเองที่เกิดจากการรักษาทางการแพทย์ได้ด้วย (Sonrasi & Kalitesi 2010)

2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (อภิพร กาญจนกฤษ และปิยภัทร เดชพระธรรม 2558)

2.4.1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป (Generic descriptions of Quality of life measures) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นสำหรับบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคโดยไม่เจาะจงโรคใดโรคหนึ่ง ข้อดีคือสามารถนำมาเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มโรคได้ แต่ก็มีข้อจำกัดคือไม่สามารถวัดได้ครอบคลุมปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยโรคใดโรคหนึ่งอย่างเฉพาะเจาะจง อย่างไรก็ตามเนื่องจากแบบประเมินกลุ่มนี้มีวิธีการประเมินที่ไม่ซับซ้อน ใช้เวลาน้อย และส่วนใหญ่ไม่มีค่าใช้จ่าย จึงมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย เหมาะกับการนำมาใช้เพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ จากหลายสถานที่ ตัวอย่างแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปที่สำคัญ ได้แก่ (Artal & Egidio 2009)

ตารางที่ 2.1 ตัวอย่างแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป (Generic descriptions of Quality of life measures)

แบบประเมิน	จำนวนคำถาม	หัวข้อการประเมิน
WHOQOL – BREF – THAI	26	Physical, Psychological, Social relationship, Environment
Short-form 36 (SF-36)	36	Physical functioning, physical role limitations, bodily pain, general health, vitality, social functioning, emotional role limitations, emotional well-being
Sickness Impact Profile (SIP-136)	136	Body care and movement, mobility, ambulation, social interaction, emotional behavior, alertness behavior, communication, household management, sleep and rest, recreation and pastimes, eating, and work
SIP-68 item version	68	Somatic autonomy, motor control, psychological autonomy and communication, social behavior, emotional stability and mobility range

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

แบบประเมิน	จำนวนคำถาม	หัวข้อการประเมิน
Nottingham Health Profile	45	Part I: energy level, pain, emotional reaction, sleep, social isolation, physical ability Part II: seven life areas affected
WHOQOL-Bref	26	Physical health and well-being, psychological health and well-being, social relations environment
EuroQoL-5D	5	Mobility, self-care, daily activities, pain/discomfort, and mood (anxiety/depression)
Health Utility Index	9	Emotion, cognition, self-care, pain, vision, hearing, speech, ambulation, dexterity

2.4.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke specific Quality of life measures) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เฉพาะกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีข้อดีคือสามารถประเมินได้ครอบคลุมปัญหาที่จำเพาะเจาะจงในผู้ป่วยมากกว่าแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป โดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นิยมใช้มีหลายแบบ ประเมินด้วยกัน การนำไปใช้จึงต้องพิจารณาเลือกให้เหมาะสมกับบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ประเภทผู้ป่วย เป้าหมายในการวัด และผลลัพธ์ที่ต้องการ ตัวอย่างแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ ได้แก่ (Artal & Egidio 2009)

ตารางที่ 2.2 ตัวอย่างแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke specific Quality of life measures)

แบบประเมิน	จำนวนคำถาม	หัวข้อการประเมิน
Stroke Impact Scale (SIS 3.0)	59	Strength, memory, emotion, communication, activity of daily living, mobility , hand function, social participation
SIS 2.0	64	หัวข้อการประเมินเหมือน SIS 3.0
SS-QoL	49	Self-care, mobility, upper extremity function, work, vision, language, thinking, personality, mood, energy, family and social roles

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

แบบประเมิน	จำนวนคำถาม	หัวข้อการประเมิน
SS-QoL 35 item	35	Physical function, language, vision, thinking, energy, mood, and role function
Stroke and Aphasia QoL Scale (SAQOL-39)	39	Physical factor, psychosocial factor, communication, energy
Burden of Stroke Scale (BOSS)	65	Physical burden, emotional burden, cognition
SIP stroke adapted-30 item version (SIP-30)	30	Body care and movement, social interaction, mobility, communication, emotional behavior, household management, alertness behavior, ambulation
Newcastle stroke-specific QoL measure	56	Feelings, ADL/self-care, cognition, mobility, emotion, sleep, interpersonal relationships, communication, pain/sensation, vision, fatigue
Hemorrhage Stroke QoL Scale	53	General outlook, physical functioning, cognitive functioning, relationships, social and leisure activities, emotional well-being, and work and financial status

อย่างไรก็ตามถึงแม้แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะสามารถประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้จำเพาะเจาะจงมากกว่าแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป แต่ก็มีข้อจำกัดคือ มีรายละเอียดในการประเมินค่อนข้างมาก ซึ่งผู้ที่ทำการประเมินจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคเป็นอย่างดี อีกทั้งแบบประเมินบางอย่างเช่น SIS (อภิพร กาญจนกฤษ และปิยภัทร เดชพระธรรม 2558) ไม่ได้แปลผลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยออกมาเป็นระดับคุณภาพชีวิต ผลคะแนนที่ได้จึงเหมาะสำหรับใช้ในการประเมินความก้าวหน้าทางการรักษาเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการรักษาเท่านั้น

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป WHOQOL – BREF – THAI โดย สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล และคณะ (2540) ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานที่มีผู้ใช้กันอย่างแพร่หลาย มีเนื้อหาการประเมินที่ครอบคลุมคุณภาพชีวิตที่จำเป็นทั้งหมด 4 ด้าน ซึ่งได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม การจัดแบ่งระดับคุณภาพชีวิต

ตามคะแนนที่ได้มีความชัดเจน ทำให้สามารถเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาอื่นๆ ได้ง่าย นอกจากนี้เมื่อพิจารณาหัวข้อคำถามทั้ง 26 หัวข้อแล้ว พบว่า เป็นข้อคำถามที่ผู้ปวยต้องใช้ความคิดเห็น ที่มีต่อตนเองในการตอบคำถามทั้งหมด โดยไม่เกี่ยวข้องกับการประเมินทางการแพทย์ จึงทำให้สามารถตอบคำถามของงานวิจัยนี้ได้ดีที่สุด เมื่อเทียบกับแบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบอื่นๆ นอกจากนี้การเข้าถึงแบบประเมินยังทำได้ง่าย สามารถดาวน์โหลดแบบประเมินโดยมาใช้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ผู้ที่สนใจนำแบบประเมินไปใช้ หรือนำไปศึกษาต่อจึงสามารถนำไปใช้ได้ทันที ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ปวยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละระยะและในบริบททางสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันได้ต่อไปในอนาคต

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ปวยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ปวยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มิคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำกว่าคนปกติ อย่างไรก็ตามระดับคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ของผู้ปวยอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ผู้ปวยที่เริ่มเป็นจะไม่ค่อยมีปัญหาคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจมากนัก เนื่องจากยังคงมีเงินเก็บเมื่อก่อนปวยอยู่ แต่เมื่อเจ็บปวยเป็นระยะเวลานานขึ้น ผู้ปวยไม่สามารถทำงานได้ ทำให้ขาดรายได้ ปัญหาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับด้านเศรษฐกิจก็จะยิ่งเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านการทำกิจกรรมต่างๆ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลมักมีระดับสูงในระยะแรก แต่เมื่อผู้ปวยได้รับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และสามารถยอมรับข้อจำกัดของตนเองได้ ปัญหาเหล่านี้ก็จะลดลงได้ นอกจากนี้ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม และการได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐหรือสังคมที่แตกต่างกัน ก็อาจส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ปวยด้วย ผู้ปวยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศที่พัฒนาแล้วมักมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ปวยในประเทศยากจน ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ปวยส่วนใหญ่จึงมักกระทุระยะเวลาในการเจ็บปวย และพื้นที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไว้เพื่อประกอบการอธิบายผลลัพธ์ของการศึกษาด้วย

การศึกษาเพื่อติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ปวยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2,625 คน เป็นระยะเวลา 15 ปีหลังจากวันที่เกิดโรคครั้งแรกในประเทศอังกฤษ พบว่าในปีที่ 15 มีผู้ปวยที่รอดชีวิตอยู่จำนวน 262 คน (ร้อยละ 21) ผู้ปวยส่วนใหญ่ที่รอดชีวิตเป็นเพศชาย ซึ่งมีระดับความพิการปานกลางจนถึงรุนแรง โดยระดับความรุนแรงจะเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนปีที่รอดชีวิต ปัญหาหลักที่ผู้ปวยต้องเผชิญ ได้แก่ การสูญเสียความสามารถด้านความคิดความจำ ภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ซึ่งส่งผล

เป็นอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Crichton, Bray, Mckevitt, Rudd & Wolfe 2016)

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 40 รายภายหลังการเกิดอาการ 6 เดือน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย และจิตใจและสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับสูง (คณิษฐา รักษาเคน, สุรชาติ สิทธิปกรณ์ และอภิญา วงศ์พิริยโยธา 2556)

การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตเมืองกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตชนบทของประเทศไทย จำนวน 327 คน พบว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นหลังจากได้รับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญในด้านการทำงานของร่างกาย จิตสังคม และคุณภาพชีวิต โดยคุณภาพชีวิตภายหลังการเข้ารับบริการจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตเมืองกับในเขตชนบทของประเทศไทยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (Manimmanakorn, Vichiansiri, Nuntharuksa, Permsirivanich & Kuptniratsaikul 2015)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป เปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรปกติที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศเกาหลี จำนวน 24,250 คน (เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 757 คน) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าผู้ที่ไม่ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ และปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าได้แก่ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ ความบกพร่องทางด้านร่างกาย ระดับความสามารถด้านกิจวัตรประจำวัน และภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า (Eun, Min, Hyung & Soo 2017)

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการรวบรวมการศึกษาที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ พบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีทั้งปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเอง เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย การมีโรคร่วม/โรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อน ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายนอกอื่นๆ เช่น ผู้ดูแล และระยะเวลาที่ผู้ดูแลต้องใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยต่อวัน เป็นต้น ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้มีความแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา ทั้งนี้ขึ้นกับความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และบริบทด้านสังคม สิ่งแวดล้อมของพื้นที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การศึกษาโดยการทบทวนอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรังที่มีวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันระหว่างประเทศแถบตะวันตก

กับประเทศจีน จำนวน 43 การศึกษา โดยใช้ฐานข้อมูล PubMed, EBSCO/CINAHL, EMBASE, Psyc INFO, China National Knowledge Infrastructure และ Wanfang Data พบว่า ปัจจัยที่ทำนายผลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความแตกต่างกันในทั้งสองวัฒนธรรม แต่อาจมีความแตกต่างกันในส่วนของการมีอิทธิพลมากกว่าหรือน้อยกว่ากันในแต่ละปัจจัย เช่น การแต่งงานหรือการอาศัยอยู่ในครอบครัวมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในประเทศจีนดีกว่าการอยู่คนเดียว ในขณะที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในประเทศแถบตะวันตกจะดีกว่าในคนที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตัวเอง (Wang & Langhammer 2017)

การศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอเชียงดาวจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 140 ราย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของ Ferrans และ Power พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตสามลำดับแรก ได้แก่ ความสัมพันธ์กับคนในชุมชนในขณะที่ป่วย ผู้ดูแล และลักษณะที่อยู่อาศัย โดยพบว่าตัวแปรที่มีทั้งความสัมพันธ์และมีอิทธิพลทำนายร่วมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยคือ ปัจจัยด้านผู้ดูแล หากผู้ดูแลมีทักษะความสามารถในการดูแลที่ดีจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น (รังษิยา เชื้อเจ็ดคน และเดชา ทำดี 2017)

การศึกษาปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ระยะเวลาการเกิดโรค 4 เดือน และ 1 ปี โดยใช้แบบสอบถาม Stroke Impact Scale 3.0 ทำการศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 123 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นเพศชาย มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการสื่อสารและด้านอารมณ์ความรู้สึก ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นเพศหญิง นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลมีอาการซึมเศร้าก็ส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงได้ด้วยเช่นกัน (Klinedinst, Gebhardt, Aycok, Larsen, Uswatte, Wolf & Clark 2009)

การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาการป่วยที่ 6 เดือน และ 12 เดือน หลังจากการเกิดโรคสมองในครั้งแรก จำนวน 25 คน ในประเทศมาลาวี ซึ่งอยู่แถบตะวันออกเฉียงใต้ของทวีปแอฟริกา โดยใช้แบบสอบถาม Newcastle Stroke-specific Quality of life Measure (NEWSQOL) พบว่าปัจจัยที่มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทำกิจกรรมส่วนบุคคล และความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่น ส่วนปัจจัยที่มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงคือ ความอ่อนล้าของร่างกาย ปัญหาด้านความคิดความจำ และอายุของผู้ป่วยซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก ระดับความรุนแรงของโรคจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นด้วย รวมถึงการฟื้นตัวจากโรคก็จะมากขึ้นเป็นลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสาเหตุอาจมาจาก

วัฒนธรรมของชาวมาลาวิที่เพศหญิงมีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการทำงาน ทั้งในบ้านและนอกบ้าน และอาจยังคงถูกคาดหวังว่ายังต้องเป็นผู้รับผิดชอบอยู่ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อทำไม่ได้จึงเกิดความคับข้องใจ ความเครียดและซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อเพศหญิงในครอบครัวเจ็บป่วยจะมีแนวโน้มว่าไม่ได้รับการดูแลใส่ใจจากเพศชายมากนัก (Heikinheimo & Chimbayo 2015)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความสามารถของตนเอง คุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ระยะเวลา 1 เดือน และ 6 เดือน ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระยะเวลา 6 เดือน โดยทั้งสามด้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นไปในทางที่ดีกว่าเดิมตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งตรงกันข้ามกับภาวะซึมเศร้าที่จะค่อยๆ ลดลงเรื่อยๆ ภายหลังการเกิดโรค ยกเว้นในคนไข้ที่อยู่บ้านลำพังคนเดียวที่มีแนวโน้มว่าระดับความซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้น (Smith, Johnston & Allen 2000)

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 229 คน ภายหลังการเกิดโรค 3 เดือน และ 9 เดือน โดยใช้แบบประเมิน Stroke Impact Scale (SIS) version 3.0 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประเภทโรคหลอดเลือดสมอง การอ่อนแรงในแขนข้างถนัด ความสามารถในการทำงานของระยะกึ่งส่วนบน และ โรคร่วม โดยพบว่ายิ่งผู้ป่วยมีจำนวนโรคร่วมมากเท่าใด คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก็จะยิ่งลดลงเท่านั้น ทั้งในด้านร่างกาย ความคิดและความจำ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ มีผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่การวางแผนการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ รวมถึงการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจะต้องคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้ด้วย ซึ่งการวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเป็นระยะจะทำให้สามารถเข้าใจความจำเป็นในการให้การรักษาฟื้นฟูของผู้ป่วยแต่ละคนได้ดีขึ้น (Larsen, Zeringue, Greenspan & Blanton 2005)

การศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ระยะเวลา 1 เดือน และ 3 เดือนหลังการเกิดโรคในประเทศอียิปต์ โดยใช้แบบประเมิน Stroke Impact Scale (SIS) version 2.0 พบว่า ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะเวลาสามเดือน ผู้ป่วยมีคะแนน SIS เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านความจำ อารมณ์ และการสื่อสาร ส่วนคะแนนด้านร่างกายจะมีความสัมพันธ์กับอายุและโรคร่วม ผู้ป่วยที่มีความพิการระดับรุนแรงจะมีคะแนนต่ำที่สุด ซึ่งแสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำตามไปด้วย การใช้

แบบประเมิน SIS ในการประเมินคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านของผู้ป่วย จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ เข้าใจความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการให้ โปรแกรมการรักษาพยาบาลได้ นอกจากนี้ยังควรคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ เช่น เพศ อายุ โรคร่วม/โรคแทรกซ้อน และความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยด้วย (Kamel, Ghani, Zaiton, Motayamm, EI-Fattah 2010)

การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศปากีสถาน จำนวน 350 คน พบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 70 มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ปัจจัย ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม สถานภาพสมรส สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ระดับความซึมเศร้า ภาวะความดันสูง ประวัติการ สูบบุหรี่ และระดับความพิการ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ก็มีปัญหาด้านความเครียดและ รู้สึกว่าตนเอง โดดเดี่ยวและถูกตัดขาดจากสังคมภายนอกด้วย (Khalid et al. 2016)

การศึกษาอิทธิพลของภาวะซึมเศร้าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 67 คน ที่ระยะเวลา 1 เดือนและ 3 เดือนหลังการเกิดโรค พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทั้ง 2 ระยะเวลา แต่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติเฉพาะที่ระยะเวลา 3 เดือนหลังการเกิดโรค อย่างไรก็ตามพบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าที่ระยะเวลา 1 เดือน สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ระยะ 3 เดือนได้ การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองหลังการเกิดโรคให้เร็วที่สุดนอกจากจะสามารถช่วยให้ทราบคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยในขณะนั้นได้แล้ว ยังสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในอนาคต ตลอดจนการวางแผน การให้การรักษาที่เหมาะสมเพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (The Influence of Depressive Symptoms on Quality of Life after Stroke: A Prospective Study 2015)

การศึกษาผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองหลังการเกิดโรค 6 เดือน จำนวน 298 คน แบ่งเป็นเพศชาย 155 คน เพศหญิง 143 คน พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 147 คน (ร้อยละ 49.3) มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง เพศหญิง และความรุนแรงของโรค โดยภาวะซึมเศร้านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และความสามารถทางด้านการทำหน้าที่ของร่างกายผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ การให้การรักษาภาวะ ซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและระดับความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองให้ดีขึ้น (Kostadinova & Anita 2017) การศึกษาลักษณะและความสัมพันธ์ของ ภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยจำนวน 200 คนในประเทศกาน่าพบว่า ร้อยละ 78.5 ของผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า โดยระดับความซึมเศร้านี้ลดลงเหลือร้อยละ 38.1 ร้อยละ 33.3 และ ร้อยละ 27.3 ในช่วงระยะเวลา 1-3 ปีหลังการเกิดโรค จากนั้นจะกลับเพิ่มสูงขึ้นอีกเป็น ร้อยละ 42.3

ในผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่มีสถานะหย่าร้างมีระดับความซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่สมรส ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านี้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านร่างกาย จิตสังคม ความคิดความจำ และสถานะทางเศรษฐกิจ (Sarfo et al. 2017)

การศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในทวีปแอฟริกาด้วยการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาที่อยู่ในเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 17 การศึกษา จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 1,483 คน พบว่า ร้อยละ 31 ของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยภาวะซึมเศร้ามักมีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านความสามารถทางเพศสัมพันธ์ที่ลดลงและความบกพร่องทางด้านร่างกายที่ทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีความบกพร่องทางด้านความคิด มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย และมีปัญหาการหย่าร้างจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเหล่านี้ (Ojagbemi, Akpa, Elugbadebo, Owolabi & Ovbiagele 2017)

การศึกษาเพื่อหาอิทธิพลของภาวะซึมเศร้าที่มีต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 70 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมคือผู้ที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 70 คน ในประเทศไนจีเรีย พบว่าประมาณร้อยละ 82 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.5) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเลย และเมื่อศึกษาต่อไปพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศราร่วมด้วยเหล่านี้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศราร่วมอย่างมีนัยสำคัญ การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญและจำเป็นในการวางแผนการให้การรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว ควรได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของตน เพื่อให้สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วถึง (Oni, Olagunju, Olisah, Aina & Ojini 2018)

การศึกษาภาคตัดขวางเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 40 คน ที่รับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ 2 แห่งในประเทศอิหร่าน พบว่าร้อยละ 65.5 ของผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 72.5 ของผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงมากที่สุด โดยเพศหญิงมีระดับความซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และทั้งระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้ามักส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Haghgo, Pazuki, Hosseini & Rassafiani 2013)

การศึกษาอิทธิพลของอายุในขณะที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กในประเทศแคนาดาจำนวน 90 คน ที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 14 ปี โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น

สามกลุ่ม ได้แก่ 1) เป็นตั้งแต่แรกคลอด 2) เป็นตั้งแต่วัยทารก 3) เป็นในวัยเด็ก และติดตามผู้ป่วยเหล่านี้ไปอีกเป็นระยะเวลา 4 ปี พบว่าเด็กที่เริ่มป่วยเป็นโรคในวัยทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าเด็กที่ป่วยเป็นโรคตั้งแต่แรกคลอดและในวัยเด็ก ในขณะที่เด็กที่ป่วยเป็นโรคตั้งแต่แรกคลอดจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้จะมีความพิการและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ทำให้เด็กไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้มากกว่าเด็กที่เกิดโรคในช่วงวัยอื่นๆ และมีความจำเป็นจะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นในทางการแพทย์ไปชั่วชีวิต ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งตัวเด็กเอง ญาติ ครอบครัว และสังคม (Ghotra, Johnson, Qiu, Newton, Rasmussen & Yager 2015)

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้สูงอายุที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 84 คน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อาการของโรค และภาวะซึมเศร้า ส่วนผู้ดูแลที่ไม่ใช่คนในครอบครัวไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Buijck, Zuidema, Eijk, Bor, Gerritsen & Koopmans 2014)

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ระยะเวลา 6 เดือนหลังการเกิดโรค ที่มีอายุระหว่าง 45 - 81 ปี จำนวน 64 คน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับความพิการ และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ส่วนอายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ (Numminen, Korpijaakko-Huuhka, Parkkila, Kulkas, Numminen, Dastidar & Jehkonen 2016)

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ระยะเวลา 1 สัปดาห์ 2 เดือน 6 เดือน 12 เดือน และ 24 เดือน หลังการเกิดโรค พบว่าระดับความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตตนเองของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในช่วง 1 สัปดาห์ ถึง 6 เดือนหลังการเกิดโรค หลังจากนั้นไม่แสดงถึงความเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นในช่วง 2 เดือน ถึง 12 เดือน จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นตามไปด้วย และไม่พบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษามีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ (Mierlo, Heugten, Post, Hajós, Kappelle & Visser-Meily 2016)

การศึกษาปัจจัยคุณลักษณะผู้ดูแลที่สามารถทำนายผลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ 4 เดือนและ 1 ปี ภายหลังจากเกิดโรค จำนวน 123 คน ของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ 5 แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74) อายุระหว่าง 25-85 ปี ร้อยละ 80 เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นเพศชายทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำกว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง (Klinedinst et al. 2009)

งานวิจัยเชิงคุณภาพในประเทศบราซิลเพื่อศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 คน อายุระหว่าง 20-79 ปี แบ่งเป็นเพศหญิง 4 คน เพศชาย 2 คน ในจำนวนนี้เป็นบุตรสาวของผู้ป่วย 2 คน คู่สมรส 2 คน บิดา 1 คน และลูกสะใภ้ 1 คน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจะซึมซับความเจ็บป่วยและความเครียดจากผู้ป่วยที่ตนให้การดูแล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลให้แยลงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในที่สุด ผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นในครอบครัวจะมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่มีคนในครอบครัวช่วยผลัดเปลี่ยนในการให้การดูแลผู้ป่วย (Sedrez Celich, Maschio, Silva Filho, Gaffuri da Silva & Silva de Souza, S. 2016)

จากการทบทวนการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่ผ่านมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาเพื่อให้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ ที่จะช่วยในการวางแผนการให้การรักษาลดจนกำหนดนโยบายเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ อย่างไรก็ตามพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา และบริบททางด้านสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา

สำหรับกรวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ตัวแปรที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และตัวแปรที่เป็นปัจจัยด้านผู้ดูแล โดยตัวแปรที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยได้มาจากการรวบรวมจากงานวิจัยที่ได้นำมาทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเป็นตัวแปรที่สำคัญแต่ให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันในหลายการศึกษา ทำให้ต้องทำการศึกษาเพิ่มเติม โดยเฉพาะในส่วนของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นฟูซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีผู้ทำการศึกษาอยู่ในวงจำกัด ส่วนตัวแปรที่เป็นปัจจัยด้านผู้ดูแลนั้นจากการสืบค้นและทบทวนการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีผู้ทำการศึกษามาก่อนทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ แต่เนื่องจากประเด็นผู้ดูแลถือเป็นประเด็นหนึ่งที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ของสถาบันให้ความสนใจ และต้องการทำความเข้าใจถึงสถานการณ์และอิทธิพลของผู้ดูแลผู้ป่วยประเภทต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยนี้ นอกจากจะทำให้ได้ทราบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มารับบริการแล้ว ยังทำให้ทราบถึงปัจจัยที่เป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งตัวแปรที่เคยได้มีผู้ศึกษามาแล้วแต่ยังไม่สามารถสรุปผลได้ชัดเจน และตัวแปรที่ยังไม่เคยมีผู้ทำ

การศึกษามาก่อน แต่มีความสำคัญและมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ในบริบทของสังคมปัจจุบัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องนำมาพัฒนาการบริการและระบบบริหารจัดการเชิงนโยบาย เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ต่อไปในอนาคต



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ที่มีการรู้คิด (Cognitive function) ปกติ จำนวน 560 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ที่มีการรู้คิด (Cognitive function) ปกติ จำนวน 135 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ โคเฮน (1977) คำนวณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Free Statistics Calculators version 4.0 (Soper, D.S. 2018) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ($\alpha = 0.05$) กำหนดอำนาจทดสอบเท่ากับ 0.8 และกำหนดค่าประมาณขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.25 (นงลักษณ์ วิรัชชัย 2012) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้ตารางเลขสุ่ม ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.2.1 กำหนดทะเบียนรายชื่อประชากรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่สถาบันสิรินธร เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ที่มีการรู้คิด (Cognitive function) ปกติ

1.2.2 กำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคน
ในประชากร

1.2.3 สุ่มสี่ลงในตารางเลขสุ่ม (Ten Thousand Randomly Assorted Digits) เพื่อเลือกแถวและหลักเริ่มต้น แล้วทำการอ่านเลขจากซ้ายไปขวา เมื่อจบแถวจะขึ้นแถวใหม่ต่อไปตามลำดับ หากสุ่มได้เลขใดแล้วจะตัดเลขนั้นออก โดยดำเนินการจนครบตามขนาดตัวอย่างที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
3. มีการรู้คิดปกติ คือ นักกิจกรรมบำบัดประเมินแล้วไม่พบว่ามีปัญหาด้านการรู้คิด หรือได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินการรู้คิด Montreal cognitive Assessment ฉบับภาษาไทย (Thai version of The Montreal Cognitive Assessment) แปลโดย โสพพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ (2550)

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่ยินยอมให้ข้อมูลครบทุกหัวข้อในแบบสอบถาม
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยขอลอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งข้อคำถามออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 8 หัวข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม/โรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อน ความซึมเศร้า และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเติมเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง โดย

ความซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบคัดกรองดังนี้

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2 Q) พัฒนาโดย สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ ซึ่งเป็นแบบคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือมีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ข้อคำถามมี 2 แบบ คือ มีและไม่มี หากตอบว่า “ไม่มี” ทั้งสองข้อ แปลผลว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า แต่หากตอบว่า “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ แปลผลว่า หมายถึงผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า เมื่อตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งว่าใช่ แบบคัดกรองจะมีค่าความไว (Sensitivity) 96.5% ค่าความจำเพาะ (Specificity) 44.6 % ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (Positive Likelihood

Ratio) เท่ากับ 1.74 เท่า เมื่อตอบคำถามทั้งสองข้อว่าใช่ แบบคัดกรองจะมีค่าความไว (Sensitivity) 96.5% ค่าความจำเพาะ (Specificity) 85.1 % ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (Positive Likelihood Ratio) เท่ากับ 4.82 เท่า ซึ่งหากผลการคัดกรองไม่ปกติ ต้องประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9 Q) ต่อไป (กรมสุขภาพจิต 2558)

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินและจำแนกความรุนแรงของโรคซึมเศร้า 9 ข้อ มีค่าความไว (Sensitivity) 75.68 % มีค่าความจำเพาะ (Specificity) 93.37 % (กรมสุขภาพจิต 2558) แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ

0 คะแนน	หมายถึง ไม่มีเลย
1 คะแนน	หมายถึง เป็นบางวัน (1-7วัน)
2 คะแนน	หมายถึง เป็นบ่อย (มากกว่า 7 วัน)
3 คะแนน	หมายถึง เป็นทุกวัน

คะแนนรวมระหว่าง 0-27 คะแนน แปลผลความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ออกเป็น 4 ระดับ คือ

คะแนนรวม	การแปลผล
<7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7-12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
≥19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินบาร์เคลดฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย ปิยะภัทร เดชพระธรรม และคณะ ซึ่งเป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีค่าความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดี โดย ค่า IOC = 0.86 -0.87 (ปิยะภัทร เดชพระธรรม, รัตนา มินะพันธ์, ประเสริฐพร จันทร, สมลักษณ์ เพ็ชร มานะกิจ, เสาวลักษณ์ จันทรเกษมจิต และ อำไพ อยู่วัลย์ 2549) แบ่งการประเมินออกเป็น 10 หัวข้อ คือ

1. การรับประทานอาหาร (Feeding)
2. สุขวิทยาส่วนบุคคล (Grooming)
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปเก้าอี้ (Transfer)
4. การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน (Toilet use)
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน (Mobility)
6. การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)
7. การขึ้นลงบันได (Stairs)
8. การอาบน้ำ (Bathing)
9. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ (Bowels)
10. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ (Bladder)

คะแนนรวมทั้งหมด 100 คะแนน และมีการแบ่งคะแนนระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นคะแนนไม่ต่อเนื่อง โดยแปลผลการประเมินออกเป็น 5 ระดับ คือ

คะแนนรวม	การแปลผล
0-20	ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เลย
20-45	สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
50-70	สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
75-90	สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก
100	สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองทั้งหมด

1.2 ข้อมูลด้านผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 3 หัวข้อ ได้แก่ การมี/ไม่มีผู้ดูแล ประเภทผู้ดูแล และระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวัน โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเติมเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมค่าลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF - THAI) โดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ มีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 ซึ่งเทียบกับแบบวัด WHOQOL – 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ

แบบประเมิน WHOQOL – BREF – THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ มีเนื้อหาการประเมินครอบคลุมทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่

2.1 ด้านร่างกาย (Physical domain) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24

2.2 ด้านจิตใจ (Psychological domain) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23

2.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25

2.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

และข้อคำถาม ข้อที่ 1 และข้อที่ 26 จัดอยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งไม่รวมอยู่ใน 4 ด้าน

การให้คะแนน

การให้คะแนนแบบประเมิน WHOQOL – BREF – THAI 26 ข้อ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อที่ 2, 9, 11 และที่เหลือคือกลุ่มข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก แต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยแต่ละระดับมีคะแนนดังนี้

คำตอบ	ความหมาย	คะแนนตามกลุ่มข้อคำถาม	
		ทางลบ	ทางบวก
ไม่เลย	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก	5	1
เล็กน้อย	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ รู้สึกแย่น้อย	4	2
ปานกลาง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจ ระดับกลางๆ หรือรู้สึกแย่ระดับกลางๆ	3	3
มาก	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจ หรือรู้สึกดี	2	4
มากที่สุด	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกดีว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก	1	5

การแปลผล
คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนน ตั้งแต่ 26- 130 คะแนน (รวมข้อ1 และ 26)
แปลผลได้ดังนี้

คะแนนรวม	การแปลผล
26 - 60	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
61 - 95	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ
96 - 130	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คะแนนคุณภาพชีวิตแยกออกเป็นด้านต่างๆ (ไม่รวมข้อ1 และ 26) แปลผล
ได้ดังนี้

ด้านคุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลางๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านร่างกาย	7 - 16	17 - 26	27 - 35
2. ด้านจิตใจ	6 - 14	15 - 22	23 - 30
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3 - 7	8 - 11	12 - 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 - 18	19 - 29	30 - 40

การสร้างเครื่องมือ และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. พัฒนาแบบสอบถาม โดยใช้การคัดเลือกหัวข้อที่เหมาะสมจากเอกสาร
และงานวิจัยที่ศึกษา เพื่อนำมากำหนดปัจจัยตัวแปรด้านต่างๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย
และประเภทของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

3. ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม
โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์
สำนวนภาษา และความตรงด้านเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective
Congruence : IOC) ของข้อคำถามแต่ละข้อ เพื่อคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.6
เป็นต้นไป ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.6 จะถูกนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามคำแนะนำของ
ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามฉบับนี้
ได้เท่ากับ 0.6 - 1.0

4. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามในส่วนที่เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) ซึ่งได้แก่ แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF - THAI) ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.771 และ 0.873 ตามลำดับ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (รายละเอียดตามภาคผนวก)

3.2 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนำแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ที่มีการรู้คิด (Cognitive function) ปกติ จำนวน 135 ราย

3.3 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

4.1 ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ซึ่งได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2561 รหัสโครงการวิจัยเลขที่ 5/2561 (รายละเอียดตามภาคผนวก)

4.2 ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form) หลังจากได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด จากเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

4.3 การนำข้อมูลพิมพ์เผยแพร่จะนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะดำเนินการอย่างรัดกุมและจะไม่มีการอ้างอิงชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในรายงานใดๆ ที่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

5.1 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านผู้ดูแล และระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยวิธีการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านผู้ดูแล ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยมีวิธีวิเคราะห์ ดังนี้

5.2.1 การวิเคราะห์เพื่อหาตัวแปรต้นคือปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านผู้ดูแล ที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามคือคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติ Linear regression

5.2.2 การวิเคราะห์เพื่อหาตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติ Multiple linear regression โดย

1) ทดสอบข้อมูลของตัวแปรแต่ละตัวว่ามีการแจกแจงเป็น โค้งปกติหรือไม่ โดยใช้สถิติ Komogorov Smirnov test และทดสอบว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเองหรือไม่มีความเป็น Multicollinearity โดยใช้สถิติ Pearson correlation test

2) ใช้วิธี *dummy coding* เพื่อแปลงข้อมูลตัวแปรเชิงคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคร่วม/โรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อน การมี/ไม่มีผู้ดูแล ประเภทผู้ดูแล ให้เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ

3) การคัดเลือกตัวแปร เพื่อนำเข้าโมเดลการวิเคราะห์ คัดเลือกจากตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$ จากการวิเคราะห์แบบ Bivariate ด้วยเทคนิค Enter

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านผู้ดูแล และระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จากจำนวนประชากรทั้งหมด 560 คน คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 135 คน แจกแบบสอบถามไปทั้งสิ้น 135 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ 135 ฉบับ ผลการวิเคราะห์นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งตอนตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ตอนที่ 2 อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม/โรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อน ความซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การมี/ไม่มีผู้ดูแล ประเภทผู้ดูแล และระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวัน ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (135 คน)	ร้อยละ (100.00)
1. เพศ		
ชาย	86	63.7
หญิง	49	36.3

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (135 คน)	ร้อยละ (100.00)
2. อายุ		
≤ 40 ปี	16	11.9
> 40 ปี ถึง 60 ปี	57	42.2
> 60 ปี	62	45.9
$\bar{X} = 58.83$ S.D.= 13.35 Min = 18 ปี Max = 86 ปี		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	25	18.5
คู่	92	68.2
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	18	13.3
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
อนุปริญญาและต่ำกว่า	57	42.2
ปริญญาตรีขึ้นไป	78	57.8
5. ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง		
≤ 6 เดือน	28	20.7
> 6 เดือน ถึง 2 ปี	67	49.7
> 2 ปี ขึ้นไป	40	29.6
$\bar{X} = 23.98$ S.D.= 28.42 Min = 1 เดือน Max = 185 เดือน		
6. โรคร่วมโรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อน		
มี	116	85.9
ไม่มี	19	14.1
โรคร่วม/โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	61	52.6
โรคเบาหวาน	41	35.3
โรคหัวใจ	9	7.8
โรคอื่นๆ	5	4.3
7. ความซึมเศร้า		
ไม่เป็นโรคซึมเศร้า/ปกติ	73	54.1
ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการระดับน้อยมาก	25	18.5
มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย	28	20.7
มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง	7	5.2

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (135 คน)	ร้อยละ (100.00)
7. ความซึมเศร้า (ต่อ)		
มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง	2	1.5
$\bar{X} = 3.73$ S.D.= 5.00 Min = 0 คะแนน Max = 20 คะแนน		
8. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน		
ไม่สามารถทำได้เลย	4	3.0
ทำได้มกเล็กน้อย	11	8.1
ทำได้ปานกลาง	39	28.9
ทำได้มาก	44	32.6
ทำได้ด้วยตัวเองทั้งหมด	37	27.4
$\bar{X} = 77.26$ S.D.= 22.36 Min = 20 คะแนน Max = 100 คะแนน		

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 63.7 มีอายุเฉลี่ย 58.83 ± 13.35 ปี โดยกลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุดคือ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 45.9 รองลงมาคือ กลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี ถึง 60 ปี และ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีสถานภาพผู้ มีจำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 68.2 ของผู้ป่วยทั้งหมด รองลงมาคือมีสถานภาพโสด และหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ คิดเป็น ร้อยละ 18.5 และ 13.3 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป คือร้อยละ 57.8 ถัดมาคือ ระดับอนุปริญญาและต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 42.2 ด้านระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 23.98 ± 28.42 เดือน โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือนถึง 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.7 รองลงมาคือมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 29.6 และผู้ป่วยที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือมีระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน ซึ่งมีจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 20.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วม/โรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อน โดยมีจำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 85.9 โดยโรคร่วม/โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ด้านความซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความซึมเศร้าเฉลี่ย 3.73 ± 5.00 คะแนน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เป็นโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 54.1 รองลงมาคือ มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย และไม่มี ความซึมเศร้าหรือมีอาการระดับน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 20.7 และ 18.5 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้าระดับปานกลาง และระดับรุนแรง มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 5.2 และ 1.5 ตามลำดับ

ด้านระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันเฉลี่ย 77.26 ± 22.36 คะแนน โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก คิดเป็นร้อยละ 32.6 รองลงมาคือ ระดับประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง และระดับได้ด้วยตนเองทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 28.9 และ 27.4 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในระดับไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เลยมีเพียงร้อยละ 3

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านผู้ดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ (100.00)
1. การมี/ไม่มี ผู้ดูแล (n = 135)		
ไม่มีผู้ดูแล	24	17.8
มีผู้ดูแล	111	82.2
2. ประเภทผู้ดูแล (n = 111)		
เป็นคนในครอบครัว	86	77.5
คู่สมรส	61	70.9
พ่อ/แม่	4	4.7
บุตร	11	12.8
อื่นๆ เช่น หลาน ลูกสะใภ้	10	11.6
ถูกจ้างจากศูนย์จัดหาผู้ดูแล	5	4.5
ถูกจ้างทั่วไป	20	18.0
3. ระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลเฉลี่ยต่อวัน (n = 111)		
≤ 6 ชั่วโมง	14	12.6
> 6 ชั่วโมง ถึง 12 ชั่วโมง	12	10.8
> 12 ชั่วโมงขึ้นไป	85	76.6
$\bar{X} = 19.07$ S.D. = 7.49 Min = 1 ชั่วโมง Max = 24 ชั่วโมง		
กิจกรรมที่ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
การทำกิจวัตรประจำวัน	84	75.7
การเดินทางไปทำกิจกรรมนอกบ้าน	96	86.5
การออกกำลังกาย	78	70.3
การระมัดระวังความปลอดภัย หรืออยู่เป็นเพื่อน	93	83.8

จากตารางที่ 4.2 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล โดยมีจำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 82.2 ที่เหลือจำนวน 24 คน ไม่มีผู้ดูแล โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัว คือ ร้อยละ 77.5 รองลงมาคือ ลูกจ้างทั่วไป และลูกจ้างจากศูนย์จัดหาผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 18.0 และร้อยละ 4.5 ตามลำดับ ผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัวส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 70.9 รองลงมาคือ เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 12.8 และเป็นพ่อ/แม่ คิดเป็นร้อยละ 4.7 ที่เหลือเป็นญาติ เช่น หลาน ลูกสะใภ้ ด้านระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องการผู้ดูแล พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยต้องการผู้ดูแลต่อวันคือ 19.07 ± 7.49 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการผู้ดูแลมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 76.6 รองลงมาคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมงต่อวัน และมากกว่า 6 ชั่วโมง ถึง 12 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 12.6 และ 10.8 ตามลำดับ และกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล 3 ลำดับแรก ได้แก่ การเดินทางไปทำกิจกรรมนอกบ้าน คิดเป็นร้อยละ 86.5 การระมัดระวังความปลอดภัยหรืออยู่เป็นเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 83.8 และการช่วยเหลือด้านการทำกิจวัตรประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 75.7

ตารางที่ 4.3 ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม และรายด้าน

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (135 คน)	ร้อยละ (100.00)
1. คุณภาพชีวิตโดยรวม	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	5	3.7
	คุณภาพชีวิตกลางๆ	94	69.6
	คุณภาพชีวิตที่ดี	36	26.7
	$\bar{X} = 86.29$ S.D. = 13.34 Min = 53 คะแนน Max = 115 คะแนน		
2. ด้านร่างกาย	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	10	7.4
	คุณภาพชีวิตกลางๆ	112	83.0
	คุณภาพชีวิตที่ดี	13	9.6
	$\bar{X} = 21.74$ S.D. = 3.79 Min = 10 คะแนน Max = 32 คะแนน		
3. ด้านจิตใจ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	10	7.4
	คุณภาพชีวิตกลางๆ	83	61.5
	คุณภาพชีวิตที่ดี	42	31.1
	$\bar{X} = 20.45$ S.D. = 4.16 Min = 8 คะแนน Max = 30 คะแนน		

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (135 คน)	ร้อยละ (100.00)
4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	19	14.1
	คุณภาพชีวิตกลางๆ	89	65.9
	คุณภาพชีวิตที่ดี	27	20.0
\bar{X} = 9.79 S.D. = 2.07 Min = 4 คะแนน Max = 15 คะแนน			
5. ด้านสิ่งแวดล้อม	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	6	4.4
	คุณภาพชีวิตกลางๆ	69	51.2
	คุณภาพชีวิตที่ดี	60	44.4
\bar{X} = 28.16 S.D. = 4.93 Min = 14 คะแนน Max = 37 คะแนน			

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางๆ คิดเป็นร้อยละ 69.6 โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยที่ 86.29 ± 13.34 คะแนน เมื่อแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็นด้านๆ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลางๆ เหมือนกันในทุกด้าน คือร้อยละ 83.0 ร้อยละ 61.5 ร้อยละ 65.9 และร้อยละ 51.1 ตามลำดับ รองลงมาคือ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี คิดเป็นร้อยละ 9.6 ร้อยละ 31.1 ร้อยละ 20.0 และร้อยละ 44.4 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 7.4 ร้อยละ 7.4 ร้อยละ 14.1 และร้อยละ 4.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีผู้ดูแล จำแนกตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (135 คน)	จำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยที่มีผู้ดูแล	
		จำนวน	ร้อยละ
ไม่สามารถทำได้เลย	4	4	100
ทำได้มากเล็กน้อย	11	11	100
ทำได้ปานกลาง	39	39	100
ทำได้มาก	44	40	90.9
ทำได้ทั้งหมด	37	17	45.9

จากตารางที่ 4.4 จากผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีผู้ดูแล จำแนกตามระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถประกอบกิจกรรมประจำวันได้เลย ประกอบกิจกรรมประจำวันได้เล็กน้อย และประกอบกิจกรรมประจำวันได้ปานกลาง มีผู้ดูแลทั้งหมดร้อยละ 90.91 ผู้ป่วยที่สามารถประกอบกิจกรรมประจำวันได้มากมีผู้ดูแลทั้งหมด 40 คน จากจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในระดับนี้ทั้งหมด 44 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 90.91 ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในระดับสามารถประกอบกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด มีผู้ดูแลทั้งหมด 17 คน จากจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในระดับนี้ทั้งหมด 37 คน คิดเป็นร้อยละ 45.94

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องมีผู้ดูแล 24 ชั่วโมง/วัน จำแนกตามระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (135 คน)	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย ที่ต้องมีผู้ดูแล 24 ชั่วโมง/วัน	
		จำนวน	ร้อยละ
ไม่สามารถทำได้เลย	4	4	100
ทำได้เล็กน้อย	11	8	72.7
ทำได้ปานกลาง	39	32	82.0
ทำได้มาก	44	21	47.7
ทำได้ทั้งหมด	37	7	18.9

จากตารางที่ 4.5 ผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ต้องการผู้ดูแล 24 ชั่วโมง/วัน จำแนกตามระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถประกอบกิจกรรมประจำวันได้เลย ต้องการผู้ดูแล 24 ชั่วโมงต่อวันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่สามารถประกอบกิจกรรมประจำวันได้ในระดับปานกลาง ระดับเล็กน้อย ระดับมาก และได้ด้วยตนเองทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 82.05 ร้อยละ 72.73 ร้อยละ 47.73 และ ร้อยละ 18.92 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลและมีผู้ดูแลประเภทต่างๆ จำแนกตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ความสามารถในการ ทำกิจวัตรประจำวัน	ประเภทผู้ดูแล							
	ไม่มีผู้ดูแล (n=24)		คนในครอบครัว (n=86)		ลูกจ้างจากศูนย์ (n=5)		ลูกจ้างทั่วไป (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่สามารถทำได้เลย	0	0	3	3.5	0	0	1	5.0
ทำได้มากเล็กน้อย	0	0	8	9.3	1	20.0	2	10.0
ทำได้ปานกลาง	0	0	29	33.7	2	40.0	8	40.0
ทำได้มาก	4	16.6	32	37.2	2	40.0	6	30.0
ทำได้ทั้งหมด	20	83.4	14	16.3	0.0	0.0	3	15.0

จากตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลและมีผู้ดูแลประเภทต่างๆ จำแนกตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่เพียง 2 ระดับ คือระดับที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 83.6 และระดับที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก คิดเป็นร้อยละ 16.6 ส่วนผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัว ลูกจ้างจัดหาผู้ดูแล และลูกจ้างทั่วไป มีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลางและทำได้มาก

ตารางที่ 4.7 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จำแนกตามการไม่มีผู้ดูแลและมีผู้ดูแลประเภทต่างๆ

ระดับคุณภาพชีวิต	ประเภทผู้ดูแล							
	ไม่มีผู้ดูแล (n=24)		คนในครอบครัว (n=86)		ลูกจ้างจากศูนย์ (n=5)		ลูกจ้างทั่วไป (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	0	0.0	4	4.7	0	0.0	1	5.0
คุณภาพชีวิตกลางๆ	13	54.2	67	77.9	4	80.0	10	50.0
คุณภาพชีวิตที่ดี	11	45.8	15	17.4	1	20.0	9	45.0

จากตารางที่ 4.7 ผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลและผู้ดูแลประเภทต่างๆ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีระดับระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลางๆ และคุณภาพชีวิตที่ดี คิดเป็นร้อยละ 54.2 และ 45.8 ตามลำดับ ไม่มีผู้ป่วยอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ส่วนผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัว ลูกจ้างจัดหาผู้ดูแล และลูกจ้างทั่วไป มีระดับคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 2 อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แยกเป็นรายปัจจัย (n = 135)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
	Mean	SD	beta	b	95% CI	p-value
เพศ						0.678
ชาย	85.94	1.44		0		
หญิง	86.94	2.39	0.036	0.99	-3.74, 5.73	
อายุ	89.69	0.09	-0.06	-0.06	-0.23, 0.11	0.500
สถานภาพสมรส						0.575
โสด	87.80	2.68		0		
คู่	86.45	3.02	-0.05	-1.35	-7.32, 4.62	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	83.50	4.14	-0.11	-4.30	-12.48, 3.88	
ระดับการศึกษา						< 0.001
อนุปริญญาและต่ำกว่า	81.46	1.68		0		
ปริญญาตรีขึ้นไป	89.85	2.22	0.31	8.39	4.01, 12.77	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	84.76	0.04	0.14	0.07	-0.02, 0.15	0.098
การมีโรคร่วม/โรคประจำตัว						0.068
มี	85.46	1.23		0		
ไม่มี	91.47	3.27	0.16	6.02	-0.45, 12.49	
ความซึมเศร้า	90.27	0.19	-0.55	-1.45	-1.84, -1.07	< 0.001
การทำกิจวัตรประจำวัน	68.19	0.05	0.39	0.24	0.14, 0.33	< 0.001

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
	Mean	SD	beta	b	95% CI	p-value
การไม่มีผู้ดูแลและมีผู้ดูแลประเภทต่างๆ						0.007
ไม่มีผู้ดูแล	93.12	2.63		0	-14.96,-3.19	
เป็นคนในครอบครัว	84.05	2.97	-0.33	-9.08	-27.06, -	
ถูกจ้างจากศูนย์จัดหาผู้ดูแล	78.60	6.33	-0.21	-14.52	1.99	
ถูกจ้างทั่วไป	89.75	3.90	-0.09	-3.37	-11.09, 4.34	
ระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวัน	90.47	0.11	-0.21	-0.28	-0.51, -0.06	0.013

จากตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แยกเป็นรายปัจจัย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีทั้งหมด 5 ปัจจัย ได้แก่ ระดับการศึกษา ความซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การมี/ไม่มีผู้ดูแล การไม่มีผู้ดูแล/มีผู้ดูแลประเภทต่างๆ และระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวัน โดยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปสูงกว่าในผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาและต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเมื่อคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ($p < 0.001$) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงเมื่อคะแนนความซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ($p < 0.001$) ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลโดยผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวและเป็นลูกจ้างจากศูนย์จัดหาผู้ดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นลูกจ้างทั่วไป ($p = 0.007$) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงเมื่อระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวันที่เพิ่มขึ้น ($p = 0.013$)

ตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบ Enter ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
	Mean	SD	beta	b	95% CI	p-value
ระดับการศึกษา						
อนุปริญญาและต่ำกว่า	79.75	5.98		0		
ปริญญาตรีขึ้นไป	84.54	1.94	0.18	4.79	0.95,8.64	0.015
ความซึมเศร้า	78.57	0.20	-0.44	-1.18	-1.58,-0.77	< 0.001
การทำกิจวัตรประจำวัน	79.87	0.05	0.21	0.12	0.01,0.23	0.027
การไม่มีผู้ดูแลและมีผู้ดูแลประเภทต่างๆ						
ไม่มีผู้ดูแล	79.75	5.98		0		
ผู้ดูแลเป็นคู่สมรส	72.43	3.58	-0.27	-7.32	-14.41,-0.24	0.043
ผู้ดูแลเป็นพ่อแม่	75.66	6.26	-0.05	-4.09	-16.47,8.30	0.515
ผู้ดูแลเป็นบุตร	77.56	4.77	-0.04	-2.19	-11.62,7.25	0.647
ผู้ดูแลญาติอื่นๆ	78.34	4.85	-0.03	-1.41	-11.00,8.19	0.772
ลูกจ้างจากศูนย์จัดหาผู้ดูแล	69.59	6.18	-0.14	-10.16	-22.39,2.07	0.103
ลูกจ้างทั่วไป	78.38	4.42	-0.04	-1.37	-10.13,7.38	0.757
ระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวัน	79.94	0.15	0.14	0.19	-0.11,0.48	0.212
R = 0.648 R ² = 0.420 F = 8.991 p-value < 0.001						

จากตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยเทคนิค Enter ซึ่งตัวแปรที่คัดเลือกเข้าสู่สมการคือตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญที่ p-value < 0.05 จากการวิเคราะห์แบบ Bivariate ผลการวิเคราะห์พบว่า ระดับการศึกษา ความซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การไม่มีผู้ดูแล/มีผู้ดูแลประเภทต่างๆ และระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวัน สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001) และสามารถร่วมกันอธิบายการผันแปรคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 42 (R² = 0.420) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ เรียงตามลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ ความซึมเศร้า (p < 0.001) ระดับการศึกษา (p = 0.015) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (p = 0.027) และผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส (p = 0.043) ส่วนระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวัน เป็นตัวแปรที่เป็นปัจจัยทำนาย

แต่ไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น $p = 0.05$

ในด้านการศึกษา ผู้ป่วยที่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับตั้งแต่อนุบาลลงมา โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่างกัน 4.79 คะแนน (95% CI=-0.95, 8.64) ในด้านความซึมเศร้า พบว่า ทุกๆการเพิ่มขึ้นของคะแนนความซึมเศร้า 1 คะแนน ทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง 1.18 คะแนน (95% CI=-1.58, -0.77) ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน พบว่า ทุกๆ การเพิ่มขึ้นของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน 1 คะแนน ทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 0.12 คะแนน (95% CI= 0.01, 0.23) ด้านประเภทผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแล โดยผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นคู่สมรสมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล 7.32 คะแนน (95% CI=-14.41, -0.24)



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ซึ่งสามารถสรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

1.1.2 เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จำนวน 135 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยสองส่วน คือ ส่วนที่หนึ่ง ข้อมูลส่วนบุคคลและ ข้อมูลด้านผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย การมีโรคร่วม/โรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อน ความซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การมี/ไม่มีผู้ดูแล ประเภทผู้ดูแล และระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวัน และส่วนที่สองคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6 – 1.0 ได้แบบสอบถามกลับคืนมา 135 ฉบับ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยวิธีการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยด้านผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติ

การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Enter และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

1.3 ผลการวิจัย ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ สรุปได้ดังนี้

1.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.7) มีอายุเฉลี่ย 58.83 ปี โดยกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 45.9) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 40 - 60 ปี และน้อยกว่า 40 ปี ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 68.1) รองลงมาคือ มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 18.5) และสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีจำนวนน้อยที่สุด ในด้านระดับการศึกษา พบว่าเกินครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 57.8) ส่วนระดับอนุปริญญาและต่ำกว่า มีเพียงร้อยละ 42.2 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย คือ 23.98 เดือน โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือนถึง 2 ปี (ร้อยละ 49.7) ผู้ป่วยร้อยละ 85.9 มีโรคร่วม/โรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อน โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ

ด้านความซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนความซึมเศร้าเฉลี่ย 3.73 คะแนน โดยผู้ป่วยเกินกว่าครึ่งหนึ่ง ไม่มีอาการของเป็นโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 54.1) รองลงมาคือผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย น้อยมาก ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง ตามลำดับ

ด้านระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก (ร้อยละ 32.6) รองลงมาคือ ระดับประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง และ ระดับได้ด้วยตนเองทั้งหมด ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในระดับไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เลยมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.0

ด้านผู้ดูแล พบว่าร้อยละ 82.2 ของผู้ป่วยมีผู้ดูแล โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล มีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมากและทำได้ทั้งหมดเท่านั้น ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ปานกลางลงมาต้องมีผู้ดูแลทั้งหมด (ร้อยละ 100) ด้านประเภทผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัว (ร้อยละ 77.5) รองลงมาคือ ลูกจ้างทั่วไป (ร้อยละ 18.0) และลูกจ้างจากศูนย์จัดหาผู้ดูแล (ร้อยละ 4.5) โดยผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัวส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 70.9) รองลงมาคือ เป็นบุตร และพ่อแม่ ด้านระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลพบว่า ผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลอยู่ด้วย เฉลี่ย 19.07 ชั่วโมงต่อวัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องมีผู้ดูแลมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 76.6) โดยผู้ป่วยทั้งหมดที่ไม่สามารถ

ประกอบกิจวัตรประจำวันได้เลย จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอยู่ด้วย 24 ชั่วโมง และเมื่อสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น จำนวนระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลก็จะลดลงตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ากิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลมากที่สุดคือ การเดินทางไปทำกิจกรรมนอกบ้าน

ด้านคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 86.29 คะแนน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลางๆ (ร้อยละ 69.6) รองลงมาคือ มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 3.7) และเมื่อแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็นด้านต่างๆ จำนวนทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลางๆ ในทุกด้านเช่นกัน รองลงมาคือ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ตามลำดับ

1.3.2 อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแยกเป็นรายปัจจัย พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีจำนวนรวม 6 ปัจจัย ได้แก่ ระดับการศึกษา ความซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การไม่มีผู้ดูแล/มีผู้ดูแลประเภทต่างๆ และระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวัน โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.001$) โดยสามารถอธิบายการผันแปรคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 42 ($R^2 = 0.420$)

ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีความซึมเศร้าหรือมีความซึมเศร้าเล็กน้อยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้าระดับสูงขึ้นไป หรือกล่าวได้ว่าความซึมเศร้ามีอิทธิพลในทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีอิทธิพลในทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงไปตามลำดับ

ในด้านผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแล ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นลูกจ้างทั่วไป นอกจากนี้ยังพบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลต่อวันมีอิทธิพลทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. อภิปรายผล

การวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติในครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีจำนวน 6 ปัจจัย จากจำนวนทั้งหมด 11 ปัจจัยที่ทำการศึกษาได้แก่ ระดับการศึกษา ความซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การมี/ไม่มีผู้ดูแล ประเภทผู้ดูแล และระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวัน สามารถอภิปรายแยกย่อยตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และอยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553 -2557) ที่ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มขึ้นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มช่วงอายุ 30- 39 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี โดยการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเพศชายที่มากกว่าเพศหญิงนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะวิถีชีวิตของเพศชายที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ภาวะเครียดจากการทำงาน นอกจากนี้การศึกษาของ สุภัตรา ศรีวณิชชากร (2560) ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยเพศชายที่มากกว่าเพศหญิงอาจมีสาเหตุมาจากกลุ่มเพศชายไม่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงหรือขาดการติดตามอาการและการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ด้านความซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการระดับน้อยมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sarfo et al. (2017) ที่พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเรื้อรังมีความซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย โดยความซึมเศร้าจะลดลงตามระยะเวลาหลังการเกิดโรค คือจากร้อยละ 78.5 เหลือร้อยละ 38.1 ร้อยละ 33.3 และร้อยละ 27.3 ตามลำดับ ในช่วงระยะเวลา 1-3 ปีหลังการเกิดโรค เช่นเดียวกับการศึกษาของ Smith, Johnston, and Allen. (2000) และ Samart Nidhinandana et al. (2010) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเกิดโรค และอายุของผู้ป่วย โดยภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นภายหลังการเกิดโรค ผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้าระดับรุนแรงมักอยู่ในช่วงระยะเวลา 6 - 12 เดือนหลังการเกิดโรค และมักเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก ซึ่งเมื่อพิจารณาจากลักษณะของกลุ่ม

ตัวอย่างของการศึกษานี้จะพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะของการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic cases) ซึ่งผ่านช่วงระยะเวลาของการปรับตัวและยอมรับกับสภาพความเจ็บป่วยได้มากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่อวัยวะและระบบต่างๆในร่างกายเริ่มเสื่อมถอยและทำหน้าที่ได้ไม่เต็มประสิทธิภาพเป็นปกติ ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุยอมรับกับสภาพความเจ็บป่วยหรือความพิการภายหลังการเกิดโรคได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ยังอยู่ในวัยทำงานหรือวัยหนุ่มสาว

นอกจากนี้การศึกษาของ จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา (2005) ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันอยู่ในระดับน้อยจะมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์ด้านความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวันของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถประกอบกิจกรรมประจำวันได้ในระดับปานกลาง ได้มาก และได้ด้วยตนเองทั้งหมด ซึ่งการช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นหรือพึ่งพิงผู้อื่นน้อย อาจมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นการระต่อผู้อื่นและสังคม รวมถึงยังคงมีความภาคภูมิใจในตนเอง มีสุขภาพจิตที่ดี ผลการศึกษานี้จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการระดับน้อยมาก

ด้านการมีผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 มีผู้ดูแลที่คอยให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งเมื่อพิจารณาระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวันจะพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลมีความสอดคล้องกับระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวัน โดยผู้ป่วยที่สามารถประกอบกิจกรรมประจำวันได้ในระดับปานกลาง ระดับเล็กน้อย และระดับไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ต้องมีผู้ดูแลทั้งหมดร้อยละ 80 นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย จะต้องมีผู้ดูแลที่ให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ผลลัพธ์ด้านการมีหรือไม่มีผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ขึ้นกับระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย โดยหากผู้ป่วยยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ก็ยังคงมีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเพื่อคอยให้ความช่วยเหลือในด้านการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ อยู่

ด้านประเภทผู้ดูแล พบว่าร้อยละ 77.5 ของผู้ป่วยในการศึกษานี้มีผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัว ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมไทยที่มีลักษณะเป็นครอบครัวใหญ่ หน้าที่ในการดูแลผู้เจ็บป่วยจึงมักตกเป็นของคนในครอบครัว และหากพิจารณาจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จะพบว่า เป็นกลุ่มที่มีการรู้คิดปกติ ซึ่งสามารถให้การดูแลได้ง่ายกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการรู้คิด เช่น ความคิดความเข้าใจ ความจำ เป็นต้น บุคคลในครอบครัวหรือญาติจึงสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เอง นอกจากนี้การจ้างผู้ดูแลจากภายนอก

ยังหมายถึงการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวให้มากขึ้นนอกเหนือจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัวเพื่อเป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย

ด้านกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลมากที่สุด พบว่า ได้แก่ การเดินทางไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ รวมถึงการขนส่งสาธารณะของประเทศไทยยังไม่เอื้อให้คนพิการสามารถออกไปดำเนินชีวิตได้โดยอิสระ การเดินทางไปในที่ต่างๆ เช่น โรงพยาบาล สถานที่ราชการ วัด ห้างสรรพสินค้า จึงยังเป็นกิจกรรมที่คนพิการเหล่านี้ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง หรือไม่มีความปลอดภัย ทำให้ยังคงต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นอยู่ ทั้งนี้สิ่งแวดล้อมถือได้ว่าเป็นส่วนประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตของคนพิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้สูงอายุ การปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมจะช่วยให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง และลดภาระของผู้ดูแล (ศิรินาถ ตงศิริ ชนัตตา พลอยล้อมแสง และ กตัญญู หอสูติสิมา 2558)

ด้านคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มิมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาระยะเวลาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้จะพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มมากกว่า 6 เดือนขึ้นไปเกือบร้อยละ 80 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของรังษิยา เชื้อเจ็ดคน และเดชา ทำดี (2017) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านระยะเฉียบพลันเข้าสู่ระยะฟื้นฟู หรือมีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาคูณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของการศึกษานี้ มีความแตกต่างจากการศึกษาของ ขนิษฐา รักษาเคน สุรชาติ สิทธิปกรณ์ และอภิัญญา วงศ์พิริโยธา (2014) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดอาการ 6 เดือนแรกอยู่ในระดับสูง โดยการศึกษานี้พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีมากกว่าด้านอื่นๆ ถึงสองเท่า ทั้งนี้เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้จะพบว่ามีความแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาข้างต้น คือส่วนใหญ่อยู่ในระยะฟื้นฟู ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่องในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมที่ไม่ใช่คนในครอบครัว ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสังคมของผู้ป่วยลดลง

2.2 อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญตามกรอบแนวคิดการวิจัย ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็ง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การไม่มีผู้ดูแล/มีผู้ดูแลประเภทต่างๆ และระยะเวลา

ที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวัน ส่วนปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลตามกรอบแนวคิด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย และ โรคร่วม/โรคประจำตัว/ ภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ด้านระดับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษานุปริญญาและต่ำกว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Deborah, Larsen, Zeringue, Greenspan and Blanton (2005) ที่พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องมาจากระดับการศึกษาบ่งบอกถึงโอกาสในการกลับมาทำงานภายหลังการเจ็บป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำมักมีอาชีพเป็นผู้ใช้แรงงานหรือกรรมกร ซึ่งมีโอกาสน้อยมากที่จะถูกจ้างให้กลับมาทำงานอีกครั้ง และการที่ผู้ป่วยไม่มีงานทำนี้จะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของตนเองและครอบครัวต่อเนื่องไปถึงคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ต่อไป

ด้านความซึมเศร้า จากการศึกษพบว่า ความความซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Artal and Egado (2009) การศึกษาของ Kamel, Ghani, Zaiton, Motayamm and Fattah (2010) และการศึกษาของ Jonsson et al. (2005) ที่พบว่าอาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญและมีความสัมพันธ์ในทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ โดยเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตกับคะแนนความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จะพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงเมื่อคะแนนความซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

ด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษพบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รังมียา เชื้อเจ็ดตนและเฉชา ทำดี (2017) ที่พบว่าระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ โดยเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตกับคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จะพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเมื่อคะแนนสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาของ Smith, Johnston and Allen (2000) ยังพบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการเกิดโรค 1 เดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในขณะที่กลับมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการเกิดโรค 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งเมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้จะพบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาดังกล่าว เนื่องจาก

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเกิดโรคมักกว่า 6 เดือนขึ้นไป ดังนั้นความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจึงมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับปัจจัยด้านผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า การมี/ไม่มีผู้ดูแล ประเภทผู้ดูแล และระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลต่อวัน มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Artal and Egidio (2009) และรังษิยา เชื้อเจ็ดตน และ เตชา ทำดี (2017) ที่พบว่าปัจจัยด้านผู้ดูแล และระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ โดยเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกับการมีผู้ดูแลประเภทต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตสูงที่สุด รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นลูกจ้างทั่วไป ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นลูกจ้างจากศูนย์จัดหาผู้ดูแลเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด

อย่างไรก็ตาม ด้านการมี/ไม่มีผู้ดูแล และระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลต่อวัน ที่พบว่า มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ โดยการมีผู้ดูแล และระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลต่อวัน จะพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย จำเป็นต้องมีผู้ดูแลที่อยู่ด้วย 24 ชั่วโมงมากกว่าผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอยู่ด้วยตลอด 24 ชั่วโมง หรืออาจไม่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลเลย ดังนั้นผลจากการศึกษาจึงอาจไม่สามารถสรุปได้ว่า การมีผู้ดูแล และระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวันมีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอาจมีอิทธิพลมาจากปัจจัยด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันร่วมด้วยก็ได้

ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแลที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ก็คือ เมื่อวิเคราะห์แยกย่อยตามประเภทผู้ดูแลแล้วพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ และมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยที่ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลประเภทอื่นๆ ทุกประเภท ยกเว้นกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลจากศูนย์จัดหาผู้ดูแล ซึ่งผลลัพธ์จากการศึกษาที่พบดังกล่าว อาจมีสาเหตุมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และประเภทความสัมพันธ์ของผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัวที่มีจำนวนมากที่สุดคือ เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยเอง จึงสามารถคาดเดาได้ว่า ผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่กำลังอยู่ในวัยสูงอายุเช่นเดียวกันกับผู้ป่วย ทำให้เกิดความยากลำบากในการให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ลดลงตามไปด้วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชารินทร์ คุณยศยิ่ง ลินจง โปธิบาล และทศพร

คำผลศิริ (2015) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุเช่นเดียวกับผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์เป็นสามัคคี การให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะยาวก่อให้เกิดภาระต่อผู้ดูแลในระดับสูง ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ขาดเวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัว บทบาทในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง

สำหรับปัจจัยที่ยังไม่พบความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย และ โรคร่วม/โรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อน ควรมีการศึกษาต่อไป อย่างไรก็ตามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ อาจไม่สามารถนำไปใช้ในการอธิบายระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีทั้งหมดได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้จำกัดเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการรู้คิดปกติ และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับหนึ่ง แต่จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณร้อยละ 42 จะมีความพิการระดับรุนแรงและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Patel, McKevitt, Lawrence, Rudd & Wolfe 2007) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้ถูกคัดเข้ามาในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายมากขึ้นทั้งในด้านระดับอาการแสดง และระยะเวลาของการเกิดโรค ผลลัพธ์ที่ได้อาจมีความแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัย นำไปสู่ข้อเสนอแนะที่สำคัญดังต่อไปนี้

3.1.1 ควรมีการเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

3.1.2 ควรส่งเสริมให้ญาติ และผู้ดูแล มีส่วนช่วยในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง รวมถึงมีการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย

3.1.3 ผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงควรให้ความสำคัญกับผู้ดูแลทั้งด้านองค์ความรู้ สวัสดิการ และคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะผู้ดูแลกลุ่มที่เป็นคนในครอบครัว

3.1.4 จากการศึกษาที่ความเข้มเข้รามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรมีการประเมินระดับความเข้มเข้ร่าตั้งแต่ในระยะแรกของการเกิดโรค และประเมินซ้ำอีกเป็นระยะ

3.1.5 สถาบันสิรินธรฯ ควรมีการจัดกิจกรรมบริการที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมตามความสามารถของตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมของผู้ป่วย

3.1.6 สถาบันสิรินธรฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนควรมีการออกแบบโครงสร้างอาคาร และจัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ (Universal Design) ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการดำเนินชีวิตโดยอิสระของผู้ป่วย

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด (Cognitive function)

3.2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟื้นฟู กับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการจัดการรักษาและฟื้นฟูที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละระยะ

3.2.3 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในเขตเมืองใหญ่ กับผู้ป่วยที่อยู่ในชนบท เพื่อให้ทราบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันหรือไม่ ซึ่งจะสามารนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการให้การรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ได้

3.2.4 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลประเภทต่างๆ มีความแตกต่างกัน

3.2.5 ควรมีการนำการศึกษาไปใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อยอดจากการศึกษานี้



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2558). *แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุข
ในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง)*. (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: สำนักส่งเสริม
และพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม. (2552). *ตำราพยาธิสรีรวิทยาและการรักษาโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบตัน*.
เชียงใหม่: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ขนิษฐา รักษาเคน, สุรชาติ สิทธิปกรณ์ และอภิญา วงศ์พิริยโยธา. (2014). คุณภาพชีวิตผู้รอดชีวิต
จากโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการเกิดอาการ 6 เดือนแรก โรงพยาบาลมหาสารคาม.
วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 164-171.
- จุฑารัตน์ สติรปัญญา และพรชัย สติรปัญญา. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 229-237.
- ทศพร คำผลศิริ. (2548). คุณภาพชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง: มโนทัศน์และการ
ประเมิน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 65-74.
- ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล และทศพร คำผลศิริ. (2015). การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรค
หลอดเลือดสมอง ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล
วัยสูงอายุ. *พยาบาลสาร*, 107-117.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2012). การกำหนดขนาดตัวอย่างและสถิติวิเคราะห์ใหม่ๆ ที่น่าสนใจ.
Thailand Research Expo 2012. (หน้า 11-19). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัย
แห่งชาติ.
- ปิยะภัทร เดชพระธรรม, รัตนา มินะพันธ์, ประเสริฐพร จันทร, สมลักษณ์ เพ็ชรมานะกิจ,
เสาวลักษณ์ จันทรเกษมจิต และอำไพ อยู่วัลย์. (2549). ความน่าเชื่อถือของแบบประเมิน
บาร์เชลฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 1-9.
- เพ็ญแข แดงสุวรรณ. (2548). *Stroke มาตรฐานเขียน*. กรุงเทพฯ: ไกล่หมอ.
- รังษิยา เชื้อเจ็ดตน และเดชา ทำดี. (2017). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือด
สมอง. *Journal of Associated Medical Sciences*, 597-604.

- ราชวิทยาลัยสรีรแพทย์แห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย, วิทยาลัยประสาทสรีรแพทย์ แห่งประเทศไทย, สมาคมโรคหลอดเลือดสมอง แห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ และสถาบันประสาทวิทยา. (2556). *แนวทางเวชปฏิบัติ โรคหลอดเลือดสมองสำหรับแพทย์*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.
- วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์ และดารณี สุวพันธ์. (2551). *Update on Poststroke Management ก้าวทัน การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, เณติมพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และจรัมพร โห้ถ้ำยอง. (2555). *คุณภาพชีวิตการทำงาน และความสุข*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิรินาถ ตงศิริ, ชนัดดา พลอยล้อมแสง และกตัญญู หอสูติสิมา. (2558). *การวิเคราะห์ต้นทุนและ ผลลัพธ์ของบริการปรับสภาพบ้านสำหรับคนพิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้สูงอายุ*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2559). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2558). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2554). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- สุพัตรา ศรีวิเศษชกร. (2017). *สถานการณ์การป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553-2557)*. *วารสารควบคุมโรค*, 379-390.
- สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล, วิระวรรณ ดันติพิพัฒนสกุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจิริงกุล. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต.
- โสพพัทธ์ เหมรัชชโรจน์. (ม.ป.ป.). *MoCA Thai Version*. เรียกใช้เมื่อ 28 เมษายน 2561 จาก MoCA Montreal cognitive assessment: <https://www.mocatest.org/splash>
- อภิพร กาญจนกฤษ และปิยภัทร เดชพระธรรม. (2558). *ความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือวัด คุณภาพชีวิต Stroke Impact Scale (SIS) 3.0 ฉบับภาษาไทย*. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 45-52.

- เอี่ยมพร สกุลแก้ว. (2551). *5 โรคร้าย คร่าชีวิตคนไทย : อันดับ5 โรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: ไกล่หมอ.
- Amr Kamel, Abdel Ghani, Mahmoud A Zaiton, Amal S EI-Motayamm, DoriaA EI-Fattah. (2010). Health Related Quality of Life in Stroke Survivors Measured by the Stroke Impact Scale. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery* , 267-274.
- Buijck, B. I., Zuidema, S. U., Spruit-van Eijk, M., Bor, H., Gerritsen, D. L., & Koopmans, R. T. C. M. (2014). Determinants of geriatric patients' quality of life after stroke rehabilitation. *AGING & MENTAL HEALTH*, 18(8), 980-985.
- Daina Kranciukaite, Daiva Rastenyte. (2006). Measurement of quality of life in stroke patients. *Journal of Medicine*, 709-716.
- Deborah S. Nichols-Larsen, Angelique Zeringue, Arlene Greenspan, Sarah Blanton. (2005). Factors Influencing Stroke Survivors's Quality of Life During Subacute Recovery. *Stroke*, 1480-1484.
- Deidre Anne De Silva, Narayanaswamy Venketasubramanian, Artemio A. Roxas, Yair Lampl. (2014). *Understanding Stroke A Guide for Stroke Survivors and Their Families*. Singapore: Singapore National Stroke Association, Stroke Society of the Philippines, National Stroke Association o Malaysia, Neeman Association for Stroke Survivors.
- Emma K. Stokes. (2011). *Rehabilitation Outcome Measures*. Toronto: Churchill livingstone elsevier.
- Francisco Javier Carod-Artal, Jose Antonio Egado. (2009). Quality of life after stroke: The Importance of a Good Recovery. *Cerebro vascular disease*, 204-214.
- Ghotra, S. K., Johnson, J. A., Qiu, W., Newton, A., Rasmussen, C., & Yager, J. Y. (2015). Age at stroke onset influences the clinical outcome and health-related quality of life in pediatric ischemic stroke survivors. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 57(11), 1027-1034. doi:10.1111/dmcn.12870
- Haghgoo, H. A., Pazuki, E. S., Hosseini, A. S., & Rassafiani, M. (2013). Depression, activities of daily living and quality of life in patients with stroke. *Journal of the Neurological Sciences*, 328, 87-91. doi:10.1016/j.jns.2013.02.027
- Haley, W. E., Roth, D. L., Kissela, B., Perkins, M., & Howard, G. (2011). Quality of life after stroke: a prospective longitudinal study. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 20(6), 799–806.

- Heikinheimo, T., & Chimbayo, D. (2015). Quality of life after first-ever stroke: An interview-based study from Blantyre, Malawi. *Malawi Medical Journal*, 27(2), 50–54.
- Inme Sonrasi, Yasam Kalitesi. (2010). Quality of Life After Stroke. *Medical Journal of Trakya University*, 63-68.
- Jönsson, A-C, Lindgren, I, Hallström, B, Norrving, B, & Lindgrean, A (2005) Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke: a journal of cerebral circulation*, 36(4), 803-808. DOI: 10.1161/01.STR.0000160873.32791.20
- Klinedinst, N. J., Gebhardt, M. C., Aycock, D. M., Nichols-Larsen, D. S., Uswatte, G., Wolf, S. L., & Clark, P. C. (2009). *Caregiver characteristics predict stroke survivor quality of life at 4 months and 1 year.* (6), 592.
- M. D. Patel, C. McKeivitt, E. Lawrence, A. Rudd, C.D. Wolfe. (2007). Clinical determinants of long-term quality of life after stroke. *Age and Ageing*, 316-322.
- Na Eun, J., Kyoung Min, K., Yeo Hyung, K., & Jung Soo, L. (2017). The Factors Associated With Health-Related Quality of Life in Stroke Survivors Age 40 and Older. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 41(5), 743-752. doi:10.5535/arm.2017.41.5.743
- Nidhinandana S, Chinvarun Y, Supakasem S. (2010). Prevalence of Poststroke Depression in Thai Stroke Survivors Studied in PHramongkutkiao Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 93, S60-S64.
- Numminen, S., Korpjaakko-Huuhka, A.-M., Parkkila, A.-K., Kulkas, T., Numminen, H., Dastidar, P., & Jehkonen, M. (2016). *Factors Influencing Quality of Life Six Months after a First-Ever Ischemic Stroke: Focus on Thrombolized Patients.* Dec 23;22(52): 18963-18974.
- Nuttaset Manimmanakorn, M., Ratana Vichiansiri, M., Chompilai Nuntharuksa, R., Wutichai Permsirivanich, M., & Vilai Kuptniratsaikul, M. (2015). Quality of Life after Stroke Rehabilitation among Urban vs. Rural Patients in Thailand.
- Kostadinova, E., & Anita, A. (2017). Influence of depression on the quality of life after stroke. *European Psychiatry*. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.01.551
- Ojagbemi, A., Akpa, O., Elugbadebo, F., Owolabi, M., & Ovbiagele, B. (2017). Depression after Stroke in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Behavioural Neurology*, 1-9.

- Oni, O. D., Olagunju, A. T., Olisah, V. O., Aina, O. F., & Ojini, F. I. (2018). Post-stroke depression: Prevalence, associated factors and impact on quality of life among outpatients in a Nigerian hospital. *South African Journal of Psychiatry*, 24(1), 1-7.
doi:10.4102/sajpsychiatry.v24i0.1058
- Robinson-Smith G., Johnston M. V., Allen J. (2000). Self-Care Self-Efficacy, Quality of Life, and Depression After Stroke. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 460-464.
- Rongrong Wang, Birgitta Langhammer. (2017). Predictors of quality of life for chronic stroke survivors in relation to cultural differences: a literature review. *Scaninavian Journal of Caring Scieces*, 1-13.
- Samart Nidhinandana, Yotin Chinvarun, Seema Supakasem. (2010). Prevalence of Poststroke Depression in Thai Stroke Survivors Studied in PHramongkutkloao Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand*.
- Sarfo, F. S., Jenkins, C., Singh, A., Owolabi, M., Ojagbemi, A., Adusei, N., Ovbiagele, B. (2017). Post-stroke depression in Ghana: Characteristics and correlates. *Journal of the Neurological Sciences*, 379, 261-265. doi:10.1016/j.jns.2017.06.032
- Sedrez Celich, K. L., Maschio, G., da Silva Filho, C. C., Gaffuri da Silva, T., & Silva de Souza, S. (2016). *Influence of family support in burden of caregivers of individuals with cerebrovascular accident sequelae*.
- Siobhan L Crichton, Benjamin D Bray, Christopher Mckevitt, Anthony G Rudd, Chrles D A Wolfe. (2016). Patient outcomes up to 15 years after stroke: survival, disability, quality of life, cognition and mental health. *Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1091-1098.
- Soper, D.S. (2018). A-priori Sample Size Calculator for Multiple Regression [Software]. Available from <http://www.danielsoper.com/statcalc>
- The Influence of Depressive Symptoms on Quality of Life after Stroke: A Prospective Study. (2015). *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*(1), 201.
- van Mierlo, M. L., van Heugten, C. M., Post, M. W. M., Hajós, T. R. S., Kappelle, L. J., & Visser-Meily, J. M. A. (2016). Quality of Life during the First Two Years Post Stroke: The Restore4Stroke Cohort Study. *Cerebrovascular Diseases*, 41(1/2), 19-26.

Wardah Khalid, Shafquat .Rozi, Tazeen Saeed Ali, Lqbal Azam, Michael T. Mullen, Saleem Illyas, Qamar un Nisa, Nabil Soomro, Ayesha Kamran Kamal. (2016). Quality of life after stroke in Pakistan. *BMC Neurology* , 1-16.





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

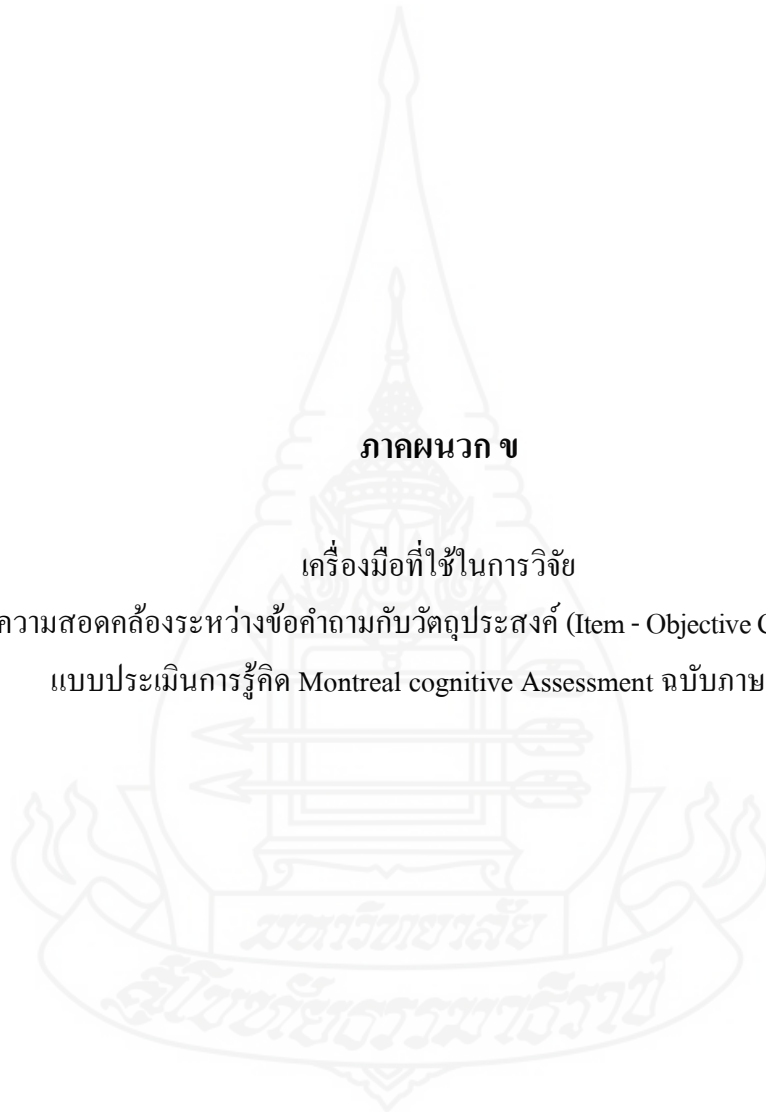
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ศิรินาถ ตงศิริ
รองคณะบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2. พญ.ชลฤดี ศรีสุภผล
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภลักษณ์ เข้มทอง
อาจารย์ประจำสาขาวิชากิจกรรมบำบัด คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาวพรสวรรค์ โพธิ์สว่าง
นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานกิจกรรมบำบัด
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
5. นางภัชราภรณ์ กองเกิด
นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ หัวหน้าศูนย์สาธิตอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item - Objective Congruence Index)

แบบประเมินการรู้คิด Montreal cognitive Assessment ฉบับภาษาไทย



**แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ**

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (SNMRI)
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ SNMRI
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ให้บันทึกข้อมูลหรือทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี.....เดือน

3. สถานภาพสมรส

1. โสด 2. สมรส 3. หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษาตอนต้น 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช
4. ปวส./อนุปริญญา 5. ปริญญาตรี 6. ปริญญาโทหรือสูงกว่า
7. ไม่ได้เรียนหนังสือ

5. ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง.....ปีเดือน

6. การมีโรคร่วม/โรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อน (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรคร่วม/โรคประจำตัว

- โรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่เป็น.....ปี.....เดือน
- โรคหัวใจ ระยะเวลาที่เป็น.....ปี.....เดือน
- โรคอื่นๆ (โปรดระบุ) ระยะเวลาที่เป็น.....ปี.....เดือน

ภาวะแทรกซ้อน

- ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เฉลี่ย.....ครั้ง/ปี
- ติดเชื้อทางเดินหายใจ เฉลี่ย.....ครั้ง/ปี
- แผลกดทับ เฉลี่ย.....ครั้ง/ปี
- ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (โปรดระบุ) เฉลี่ย.....ครั้ง/ปี

7. ท่านมีผู้ดูแลหรือผู้ที่ให้การช่วยเหลือท่านในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น อาบน้ำ สวมใส่เสื้อผ้า รับประทานอาหาร เคลื่อนย้ายตัว ขับถ่าย หรือไม่ (หากไม่มี ข้ามไปตอบข้อ 10)

1. มีผู้ดูแล 2. ไม่มีผู้ดูแล

8. ประเภทผู้ดูแล (ใช้ข้อมูลของผู้ดูแลคนปัจจุบัน และหากท่านมีผู้ดูแลมากกว่า 1 คน ให้ใช้ข้อมูลของผู้ดูแลหลัก ที่ให้การช่วยเหลือแก่ท่านด้านกิจวัตรประจำวันมากที่สุด)

1. เป็นคนในครอบครัว โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ
- สามี/ภรรยา พ่อ/แม่ พี่/น้อง บุตร หลาน
- ลูกเขย/ลูกสะใภ้ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
2. เป็นลูกจ้างจากศูนย์จัดหาผู้ดูแล ชื่อบุคคล (โปรดระบุ).....
3. ลูกจ้างทั่วไป (ผู้ดูแลที่ไม่สังกัดศูนย์จัดหาผู้ดูแล)

9. เวลาเฉลี่ยที่ผู้ดูแลอยู่กับท่านต่อวัน ชั่วโมง

โปรดระบุกิจกรรมที่ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือท่าน (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 กิจกรรม)

- การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ขับถ่าย รับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายตัว
- การเดินทางไปทำกิจกรรมนอกบ้าน เช่น ไปโรงพยาบาล ไปทำงาน ไปเรียน ไปซื้อของ
- การออกกำลังกาย เช่น ยืดกล้ามเนื้อ ฝึกเดิน ฝึกนั่ง ฝึกการทรงตัว
- การระมัดระวังความปลอดภัย หรืออยู่เป็นเพื่อน
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

10. ระดับความซึมเศร้า (กรุณาตอบแบบสอบถามในหัวข้อนี้โดยใช้ความรู้สึกของผู้ป่วยเท่านั้น)

ลำดับ	คำถาม	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้ ลึนหวัง หรือไม่		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		

หมายเหตุ หากคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ให้ข้ามไปตอบคำถามในข้อ 11

ลำดับ	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็น ทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจทำอะไร				
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้				
3	หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป				
4	เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง				
5	เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป				
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลง จนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น				
9	คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี				

11. ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ญาติหรือผู้ดูแลช่วยตอบแบบสอบถามข้อนี้ได้)

1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding)

- ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นคำเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
- ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming)

- ต้องการความช่วยเหลือ
- ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer)

- ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
- ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- ทำได้เอง

4. ใช้ห้องน้ำ (Toilet use)

- ช่วยตัวเองไม่ได้
- ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)

- เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)

- ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้เลยหรือน้อย
- ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs)

- ไม่สามารถทำได้
- ต้องการคนช่วย
- ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น ไม้เท้าสี่ขา (Walker) จะต้องเอาขึ้นลงเองได้ด้วย)

8. การอาบน้ำ (Bathing)

- ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- อาบน้ำเองได้

9. การกลั่นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels)

- กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- กลั่นได้เป็นปกติ

10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder)

- กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)
- กลั่นได้เป็นปกติ

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสม และเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบที่ได้จากการประเมินในส่วนนี้ ต้องเป็นคำตอบที่ได้จากความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้ป่วยเท่านั้น

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแยะมาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแยะ

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแยะระดับกลางๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกดีว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด					

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

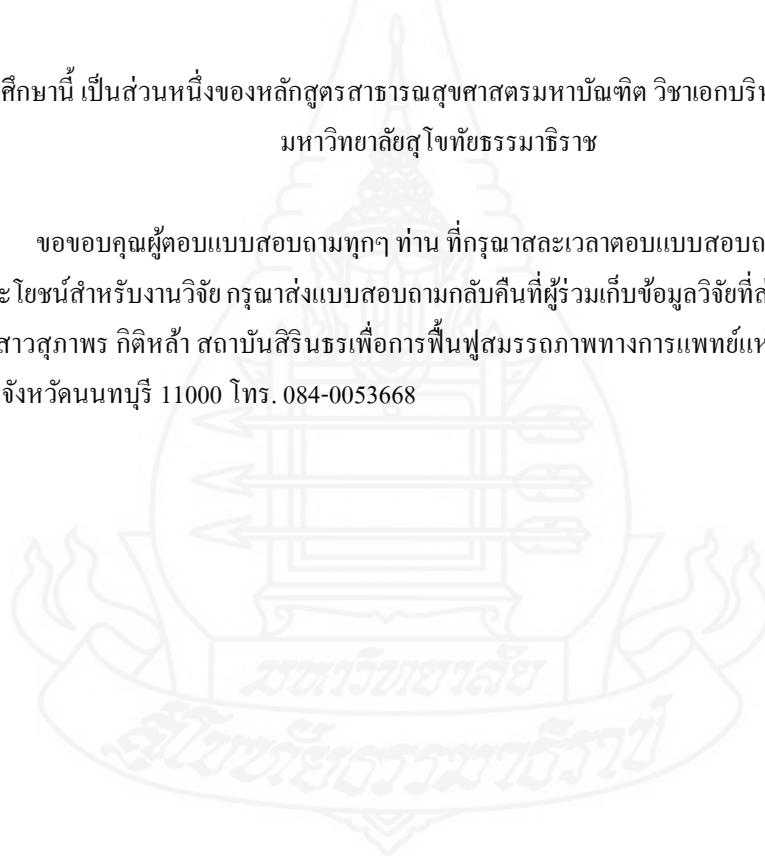
ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่นั้น					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึง การคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วย ตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

การศึกษานี้ เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช

ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกๆ ท่าน ที่กรุณาสละเวลาตอบแบบสอบถามและให้ข้อเสนอแนะ
ที่จะเป็นประโยชน์สำหรับงานวิจัย กรุณาส่งแบบสอบถามกลับคืนที่ผู้ร่วมเก็บข้อมูลวิจัยที่ส่งแบบสอบถามให้ท่าน
หรือที่ นางสาวสุภาพร กิติหาล้า สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ตำบลลาดชะโด
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร. 084-0053668



สรุปแบบตรวจสอบความตรงของเครื่องมือการวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญ

ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item - Objective Congruence Index : IOC)

+1 หมายถึง ข้อคำถามตรงและสอดคล้องกับตัวแปรที่ต้องการศึกษา

0 หมายถึง ไม่แน่ใจ หรือไม่สามรถตัดสินใจได้

-1 หมายถึง ข้อคำถามไม่ตรง ไม่สอดคล้องกับตัวแปรที่ต้องการศึกษา

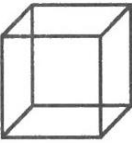
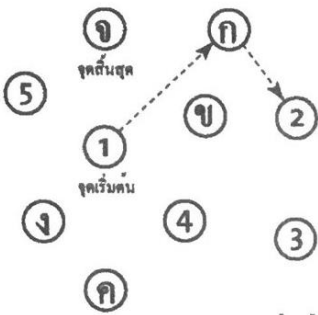
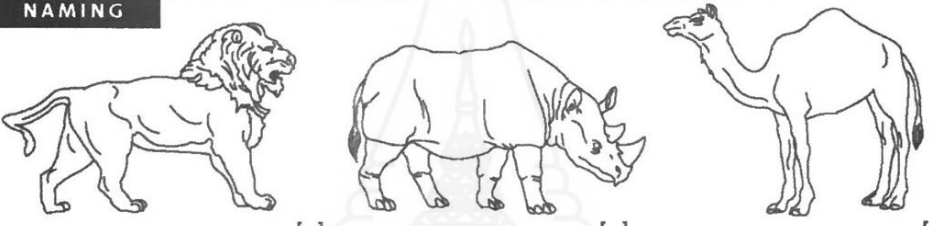
ข้อคำถาม	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC
	+1	0	-1	
1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง	////			1.0
2. อายุ.....ปี	////			1.0
3. สถานภาพสมรส 1) โสด 2) สมรส 3) หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	////			1.0
4. ระดับการศึกษาสูงสุด 1) ประถมศึกษา 2) มัธยมศึกษาตอนต้น 3) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช 4) ปวศ./อนุปริญญา 5) ปริญญาตรี 6) ปริญญาโทหรือสูงกว่า 7) ไม่ได้เรียนหนังสือ	////			1.0
5. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองปี	////			1.0
6. โรคร่วม/ โรคประจำตัว/ ภาวะแทรกซ้อน (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) 1) โรคความดันโลหิต 2) โรคเบาหวาน 3) โรคหัวใจ 4) การติดเชื้อทางเดินหายใจ 5) แผลกดทับ 6) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 7) โรคซึมเศร้า 8) โรคลมชัก/ภาวะชัก	///	//		0.6
7. ท่านมีผู้ดูแลหรือไม่ (หากไม่มี ข้ามไปตอบข้อ 10) 1) มีผู้ดูแล 2) ไม่มีผู้ดูแล	////			1.0
8. ประเภทผู้ดูแลของท่าน 1) เป็นคนในครอบครัว โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย <input type="checkbox"/> สามี/ภรรยา <input type="checkbox"/> พ่อ/แม่ <input type="checkbox"/> พี่/น้อง <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> หลาน <input type="checkbox"/> ลูกเขย/ลูกสะใภ้ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ)..... 2) ลูกจ้างจากศูนย์จัดหาผู้ดูแล ชื้อศูนย์ (โปรดระบุ)..... 3) ลูกจ้างทั่วไป	////			1.0

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC
	+1	0	-1	
9. ระยะเวลาที่ท่านต้องการผู้ดูแลต่อวัน.....ชั่วโมง	////	/		0.8
10. ระดับความเข้มเข้ร่า	////			1.0
11. ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	////	/		0.8
12. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	////			1.0



MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

ชื่อ : _____
 ระดับการศึกษา : _____
 เพศ : _____
 วันเดือนปีเกิด : _____
 วันที่ทำการทดสอบ : _____

VISUOSPATIAL / EXECUTIVE		วาดหน้าปัดนาฬิกา บอกเวลาที่ 11.10 น. (3 คะแนน)	คะแนน	
	ตัดออก, ถูกบาทก	[] [] []	[] /5	
NAMING				[] [] [] ___/3
MEMORY	อ่านจุดคำเหล่านี้แล้วให้ผู้ทดสอบ ทวนซ้ำ ทดสอบ 2 ครั้ง และถามซ้ำอีกครั้งหลัง 5 นาที	หน้า คำไหน โปสต์ กุหลาบ สีแดง		
	ทวนครั้งที่ 1 ทวนครั้งที่ 2			
ATTENTION	อ่านตัวเลขต่อไปนี้ตามลำดับ (1 ตัววินาที) ให้ผู้ทดสอบทวนซ้ำตามลำดับ ผู้ทดสอบทวนซ้ำแบบย้อนลำดับ	[] 2 1 8 5 4 [] 7 4 2	___/2	
	อ่านออกเสียงตัวเลขต่อไปนี้ แล้วให้ผู้ทดสอบตะโกนเมื่อได้ยินเสียงอ่านเลข "1" (ไม่มีคะแนนถ้าผิดเกิน 2 ครั้ง)	[] 5 2 1 3 9 4 1 1 8 0 6 2 1 5 1 9 4 5 1 1 1 4 1 9 0 5 1 1 2	___/1	
	เริ่มจาก 100 ลบไปเรื่อยๆ ที่ละ 7	[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65	___/3	
	ลบทุก 4 หรือ 5 ตัว ได้ 3 คะแนน , 2 หรือ 3 ตัว ได้ 2 คะแนน , 1 ตัว ได้ 1 คะแนน , 0 ตัว ไม่ได้คะแนน			
LANGUAGE	Repeat : จันจู แควจอม เป็นคนดี ที่มาจางานวันนี้ เจามมวกชอบตัวคู่หลัง เกอเมื่อมีหมาอยู่ในห้อง	[] []	___/2	
	Fluency / บอกคำที่ขึ้นต้นด้วยตัวอักษร "ก" ให้มากที่สุดภายใน 1 นาที	[] _____ (N ≥ 11 words)	___/1	
ABSTRACTION	บอกความเหมือนระหว่าง 2 สิ่ง เช่น กลัว - สัม เป็นผลไม่	[] รอไฟ - จักรยาน [] นาฬิกา - ไบร่บรทัด	___/2	
DELAYED RECALL	ให้ทวนจุดคำที่จำไว้ก่อนหน้านี้ โดยไม่มีการให้ตัวช่วย	หน้า คำไหน โปสต์ กุหลาบ สีแดง	[] [] [] [] []	
	ให้คะแนนเฉพาะคำที่ ทวนได้โดยไม่ให้ตัวช่วย			
Optional	Category cue Multiple choice cue			
ORIENTATION	[] วันที่ [] เดือน [] ปี [] วัน [] สถานที่ [] จังหวัด	___/6		



ภาคผนวก ค

เอกสารประกอบการเก็บข้อมูล

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เอกสารคำชี้แจงสำหรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย

ดิฉัน นางสาวสุภาพร กิติหาล้า นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยนครราชสีมา มีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และอิทธิพลของปัจจัยเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม/โรคประจำตัว ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การมี/ไม่มีผู้ดูแล ประเภทผู้ดูแล และระยะเวลาในการให้การดูแลผู้ป่วยต่อวัน ต่อระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

เมื่อท่านได้รับทราบวัตถุประสงค์ รายละเอียดแนวทางในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับหนังสือแสดงความยินยอมของอาสาสมัคร/ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อให้ท่านลงลายมือชื่อกำกับในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย ไว้ 1 ฉบับ หลังจากนั้นท่านจะได้ตอบแบบสอบถาม 1 ชุด ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ซึ่งผลสรุปจากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผู้บริหารสถานพยาบาลของภาครัฐใช้เป็นแนวทางในการจัดการบริการและพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดียิ่งขึ้น

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นความสมัครใจของท่าน โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และผู้วิจัยไม่มีค่าตอบแทนเป็นเงินและสิ่งของอื่นๆ ให้กับท่านหลังจากสิ้นสุดการวิจัย ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการโดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลได้ตลอดเวลา ซึ่งการปฏิเสธนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการได้รับบริการทางการแพทย์ของท่าน ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น และสิทธิประโยชน์อื่นอันเกิดจากผลการวิจัยจะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยสุโขทัยนครราชสีมา ผู้วิจัยจะดำเนินการอย่างรัดกุม นอกจากนี้จะไม่มีการอ้างอิงชื่อของท่านในรายงานใดๆ ที่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ท่านมีสิทธิตามกฎหมายที่จะเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวของท่าน ถ้าท่านต้องการใช้สิทธิดังกล่าวกรุณาแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

การวิจัยครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัย คือ นางสาวสุภาพร กิติหาล้า สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ถนนติวานนท์ 14 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ. นนทบุรี โทร. (02) 5915455 ต่อ 6821 หรือ 084-0053668 หรืออาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล โทร (02) 504 - 8089 หากท่านต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ สำนักงานเลขานุการสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หมายเลขโทรศัพท์ (02) 504 – 7584 ในวันและเวลาราชการ

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

(นางสาวสุภาพร กิติหาล้า)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่อง บัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันสิรินธร
เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ และเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่เสียสิทธิใดๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะ ในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า และจะกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบ ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

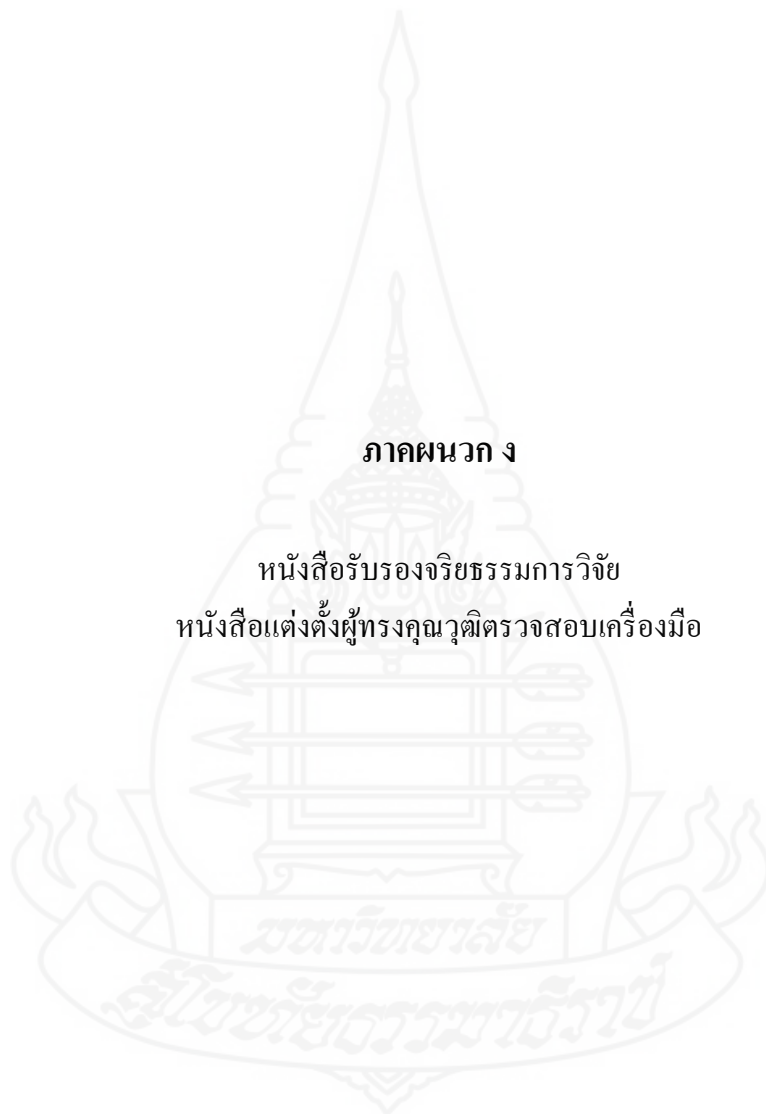
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวสุภาพร กิติหาล้า)

ภาคผนวก ง

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย
หนังสือแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



๘๘/๒๖ ข.บำราศนราดูร
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ
อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐



โทรศัพท์ ๐-๒๕๙๑-๕๔๕๕
โทรสาร ๐ ๒๕๙๑ ๓๗๖๖

คณะกรรมการวิจัยระดับหน่วยงาน สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

เลขภายในที่ ๕/๒๕๖๑

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ชื่อโครงการภาษาไทย: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : Factors Affecting Quality of Life among Stroke Patients of Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute (SNMRI)

นักวิจัย/หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวสุภาพร กิติหาล้า นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู

สถานที่ทำการวิจัย: สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารที่รับรอง :

- รายละเอียดโครงการ
- แบบเก็บข้อมูล / แบบสอบถาม
- ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของผู้ป่วย
- ใบแสดงข้อมูลชี้แจงผู้ป่วย
- อื่น ๆ ระบุ.....

วันที่รับรอง: 15 พ.ค. 2561
(มีกำหนด ๑ ปี)

วันที่หมดอายุ: 14 พ.ค. 2562

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู
เห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ได้

ลงนาม นางสาวตลฤดี ศรีศุภผล
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย

ลงนาม นายปิ่นไทย เทพมณฑา
นายแพทย์ชำนาญการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย

ลงนาม นางสาวพรสวรรค์ โพธิ์สว่าง
นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย

ลงนาม นายศักดิ์กรินทร์ วงศ์เลิศศิริ
ผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู
สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
ประธานคณะกรรมการวิจัยฯ



ที่ ศธ 0522.20(บ)/ว ๗๙๑

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๓ เมษายน 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน แพทย์หญิงคณฤดี ศรีคุณผล

สิ่งที่ส่งมาด้วย เคาะโครงการวิทยานิพนธ์ และแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางสาวสุภาพร กิตติกล้า นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันสิรินธร.เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ” ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของ อาจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และขณะนี้ นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย ในการนี้สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพพิจารณาแล้วเห็นว่า ท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้ นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สุรารุส สุธรรมมาสา)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร. (02) 503-3610, 504-8020

โทรสาร. (02) 503-3570



ที่ ศธ 0522.20(บ)/ว ๗๑๑

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

23 เมษายน 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง

สิ่งที่ส่งมาด้วย คำโครงการวิทยานิพนธ์ และแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางสาวสุภาภพร กิตติหล้า นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้วิบนุเมติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ" ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของ อาจารย์ ดร.ธีระกูธ ธรรมกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และขณะนี้ นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย ในการนี้สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพพิจารณาแล้วเห็นว่า ท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้ นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สุวรรมาสา)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร. (02) 503-3610, 504-8020

โทรสาร. (02) 503-3570



ที่ ศธ 0522.20(บ)/ว ๕๑๑

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๖ เมษายน 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์ภัชราภรณ์ กองเกิด

สิ่งที่ส่งมาด้วย คำโครงการวิทยานิพนธ์ และแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางสาวสุภาพร กิตติกล้า นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ" ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของ อาจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และขณะนี้ นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย ในกรณีนี้สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพพิจารณาแล้วเห็นว่า ท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้ นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สุวรรุ สุธรรมมาสา)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร. (02) 503-3610, 504-8020

โทรสาร. (02) 503-3570



ที่ ศธ 0522.20(บ)/ว

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

เมษายน 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ก.บ.สุภลักษณ์ เข้มทอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย คำโครรวิทยาบัตร และแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางสาวสุภาพร กิตติหล้า นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายแห่งชาติ” ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของ อาจารย์ ดร.ธีระกูร ธรรมกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และขณะนี้ นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย ในการนี้สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพพิจารณาแล้วเห็นว่า ท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สรารุท สุธรรมมาสา)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร. (02) 503-3610, 504-8020

โทรสาร. (02) 503-3570

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวสุภาพร กิตติหัตถ์
วัน เดือน ปีเกิด	20 พฤษภาคม 2521
สถานที่เกิด	อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2544
สถานที่ทำงาน	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
ตำแหน่ง	นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ

