

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

ศักดิ์สิทธิ์ มหารัตนวงศ์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

.....

นายศักดิ์สิทธิ์ มหารัตนวงศ์

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์อรนุช ภาชีน,

Dr.P.H.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

.....

รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ บุญสุยา,

M.S.P.H.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์จรรยาพร สุภาพ,

พ.บ., อ.ว.(เวชศาสตร์ครอบครัว)

ประธานหลักสูตร

สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ภาคปกติ)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาขารณศาสตรมหาบัณฑิต

วันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ.2555

.....

นายศักดิ์สิทธิ์ มหารัตนวงศ์

ผู้วิจัย

.....

นางสาวอารีพร ชนเห็นชอบ,

พ.บ., ว.ว.ประสาทศัลยศาสตร์

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์อรนุช ภาชีน,

Dr.P.H.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ บุญสุยา,

M.S.P.H

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ.,อ.ว. (ระบาศึกษา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่าง คดียิ่งจาก แพทย์หญิงอารีพร ชนเห็นชอบ ที่กรุณาให้เกียรติเป็นประธานในการสอบป้องกันสารนิพนธ์ และให้คำแนะนำเป็นอย่างดี รวมทั้งรองศาสตราจารย์อรนุช ภาชน์ รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ บุญสุยา คุณเนาวรัตน์ สัจจกุล ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ และขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ชรินทร์ เจริญกุล และคณาจารย์ทุกท่านของหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาให้คำแนะนำที่ดีตลอดการศึกษาที่ผ่านมา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอหลังสวนทุกท่าน ที่ให้การช่วยเหลือและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งสำหรับการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ร่วมศึกษาในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกคน ที่ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมไปถึงผู้มีพระคุณทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ได้มีส่วนร่วมให้เกิดความสำเร็จนี้

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่ามาเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยในครั้งนี้ หากไม่ได้รับความร่วมมืออันดีจากท่านในครั้งนี้ การวิจัยนี้ก็คงจะประสบความสำเร็จได้ยาก และจะนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดต่อไป

ศักดิ์สิทธิ์ มหารัตนวงศ์

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

THE QUALITY OF LIFE OF STROKE PATIENTS IN LANGSUAN DISTRICT, CHUMPHON PROVINCE

ศักดิ์สิทธิ์ มหารัตนวงศ์ 5338847 PHMP/M

ส.ม.

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : อรุณช ภาชีน, Dr.P.H., นวีวรรณ บุญสุยา, M.S.P.H.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพรและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 90 คน ประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสอบถามเอสเอฟ-36 ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ การวิเคราะห์ ความแปรปรวนทางเดียว สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบ ถอยหลัง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.2 และร้อยละ 32.1 มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .05$) ได้แก่ กลุ่มอายุ สถานะการทำงาน สถานะในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กัน คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลและแรงสนับสนุนจากบุคคลากรสุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 55.6 ($R^2 = 0.556$) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกระตุ้นให้มีการเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต/โรคหลอดเลือดสมอง/การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน/การรับรู้ความสามารถในการดูแล/แรงสนับสนุนทางสังคม

93 หน้า

THE QUALITY OF LIFE OF STROKE PATIENTS IN LANGSUAN DISTRICT,
CHUMPHON PROVINCE

SAKSIT MAHARATTANAWONG 5338847 PHMP/M

M.P.H.

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ORANUT PACHEUN, Dr.P.H,
CHAWEEWON BOONSHUYAR, M.S.P.H.

ABSTRACT

This cross-sectional study aimed to assess quality of life of stroke patients in Langsuan District, Chumphon Province and its related factors. The sample consisted of 90 respondents. Data were collected using an interview form and quality of life was assessed using the SF-36 rating scale. Descriptive statistics, one- way ANOVA, Pearson product- moment correlation, and backward multiple regression were applied for the analysis.

The results showed that 51.2% of stroke patients had an overall quality of life at a moderate level, while 32.1% were at a low level. One- way ANOVA showed age, working status, status in the family, ability to perform daily living activities, and perceived capability of care giver were statistically related to quality of life. Backward multiple regression showed that the ability to perform daily living activities, and perceived capability of care giver had a positive relationship to quality of life while social support from health professional had a negative relationship to quality of life. These variables could explain the variation, 55.6 % ($R^2=0.556$) of the quality of life among stroke patients .It is recommended that strengthening the capability of care givers should be encouraged.

KEY WORDS: QUALITY OF LIFE/STROKE/ DAILY LIVING ACTIVITY/
PERCEIVED CAPABILITY OF CARE GIVER/SOCIAL SUPPORT

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	7
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	27
บทที่ 4 ผลการวิจัย	34
บทที่ 5 การอภิปรายผล	54
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	59
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	63
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	70
รายการอ้างอิง	76
ภาคผนวก	79
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	80
ภาคผนวก ข คำชี้แจงพิกัดสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย	87
ภาคผนวก ค การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	91
ประวัติผู้วิจัย	93

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
4.1	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล	35
4.2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามปัจจัยด้านโรค	36
4.3	จำนวนและร้อยละความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	37
4.4	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันรายชื่อ	38
4.5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามความคิดเห็นต่อสุขภาพในปัจจุบันและเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่แล้ว	41
4.6	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล	41
4.7	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลรายชื่อ	41
4.8	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คน จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	43
4.9	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต	44
4.10	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามคุณภาพชีวิต ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นรายชื่อ	44
4.11	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามปัญหาในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันอันเนื่องมาจากสุขภาพกาย	45
4.12	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามปัญหาในการทำงานหรือ กิจวัตรประจำวันอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านจิตใจหรืออารมณ์	46
4.13	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามการรบกวนต่อการทำกิจกรรมทางสังคมกับครอบครัวเพื่อนฝูงเพื่อนบ้าน อันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายหรือจิตใจ	46

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4.14 ร้อยละความบ่อยในการเกิดความรู้สึกต่างๆ ในรอบ 1 เดือนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คน	47
4.15 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเอง	48
4.16 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามผลกระทบต่ออาชีพหรืองานที่ได้รับเงินเดือนหรือรายได้	48
4.17 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย	49
4.18 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตจำแนกตามปัจจัยด้านโรค	51
4.19 สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่าง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คน	52
4.20 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คน	53

บทที่ 1

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการที่รุนแรง ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ World Stroke Organization (WSO) รายงานว่าปี พ.ศ. 2549 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 5.7 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2558 จะมีคนทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 6.7 ล้านคน² จากรายงานระบุว่า ชาวอเมริกาเป็นโรคหลอดเลือดสมองแต่ละปีเกือบ 750,000 คน ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับที่สามและเป็นสาเหตุของความพิการอันดับที่หนึ่งของประเทศอเมริกา

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญใน 10 อันดับแรกทั่วโลกและส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว แม้ว่าความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์จะช่วยให้รักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้อัตราการตายลดลง แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการกลับเพิ่มมากขึ้น และจากความพิการทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งกาย เป็นต้น การต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่ตลอดเวลาทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด มีปัญหาซึมเศร้าตามมา

ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สามของประชากรไทยรองจากโรคหัวใจและมะเร็งในปี พ.ศ. 2551 พบอัตราการตายต่อแสนประชากรด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 20.8 นั่นคือ คนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยวันละ 36 คน หรือประมาณชั่วโมงละ 1.5 คน และในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2540-2550) พบคนไทยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2.75 เท่า อัตราเกิดโรคเฉลี่ย 187 ต่อประชากรแสนคน และพบกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นกว่า 10 ล้านคน เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความพิการต่อคนไทยในระดับต้น ๆ

รพ.หลังสวนได้จัดให้โรคหลอดเลือดสมองเป็น 1 ใน 14 โรคสำคัญที่ต้องพัฒนาทั้งในด้านการป้องกัน การบำบัดรักษา การดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพตามแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2554 (เดือน ตุลาคม 2553- พฤษภาคม 2554) มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาจากสถิติผู้มารับบริการพบว่า ในระยะ 8 เดือนของปีงบประมาณ 2554 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 41 ราย 168 วันซึ่ง

มากกว่าปีงบประมาณ 2553 ทั้งปี ซึ่งมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 38 ราย 141 วัน

แม้ว่าความเจริญก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพสมัยใหม่ในปัจจุบันทำให้สามารถบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้อัตราตายลดลง แต่จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการกลับเพิ่มขึ้นทุกปี ในจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่หายเป็นปกติ ร้อยละ 40 ยังคงมีความพิการ ร้อยละ 40 มีความพิการมากและอีกร้อยละ 10 ยังต้องรักษาต่อในโรงพยาบาล⁴ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว สำหรับผู้ป่วยจะเกิดการสูญเสียสมรรถนะทางร่างกายทำให้มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงครึ่งซีก เคลื่อนไหวลำบาก สูญเสียการทรงตัว พูดไม่ชัด กลืนอาหารลำบาก ความรู้สึกนึกคิดบกพร่องสภาพจิตใจและอารมณ์ไม่ปกติ สูญเสียการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ไม่สามารถดูแลตนเองได้เมื่อเจ็บป่วยเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดผลกระทบอื่น ๆ ตามมาในระยะยาว เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ แผลกดทับ การยึดติดของข้อต่าง ๆ กล้ามเนื้อเหี่ยวลีบ การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยทำให้เกิดภาวะเครียด เกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเองอย่างมาก อีกทั้งเมื่อจำหน่าย ผู้ป่วยและญาติต้องปรับตัวในการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมจากโรงพยาบาล ไปอยู่ที่บ้านซึ่งอาจมีปัญหาในการปรับบทบาทของผู้ดูแลและบทบาทของผู้ป่วย⁵

สมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอาจต้องจ้างผู้อื่นมาดูแลผู้ป่วยแทนสมาชิกในครอบครัว ต้องใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทั้งค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เพราะจากความพิการและความผิดปกติที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ จึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน บุคคลในครอบครัวจึงต้องเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแล และหากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ดีพอ มักเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ทำให้กลับมารักษาในโรงพยาบาลและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น

จึงกล่าวได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เกิดความสูญเสียสมรรถภาพอย่างเฉียบพลันต้องตกอยู่ในสภาวะของความพิการ ส่งผลกระทบต่อเรื่องไปด้านจิตใจ และการดำรงอยู่ของชีวิต ผู้ป่วยจะพึงพอใจในชีวิตลดลง การรับรู้คุณภาพชีวิตลดลง

คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล⁶ แสดงถึงการตอบสนองของบุคคลต่อร่างกายและจิตใจเป็นปัจจัยทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้การดำรงชีวิตในแต่ละวันได้อย่างเป็นปกติ⁷ ซึ่งในปัจจุบันนี้ คุณภาพชีวิตเป็นที่สนใจของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรค

เรื้อรังหรือผู้ป่วยที่สูญเสียภาพลักษณ์ของตัวเอง จะเห็นได้ว่าสุขภาพเป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต นั่นคือมนุษย์ทุกคนต้องการมีชีวิตที่มีคุณภาพในทุก ๆ ด้าน ซึ่งการที่มนุษย์เราจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น จำเป็นต้องมีสุขภาพที่ดี ประกอบด้วยเสมอ ซึ่งการมีสุขภาพดี ก็จะต้องครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การมีสุขภาพดีเพียงด้านหนึ่งด้านใด ก็ไม่สามารถที่จะทำให้มนุษย์มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสมบูรณ์ได้

ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจึงมีความจำเป็นและเป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง โดยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นผลลัพธ์ที่ไม่สามารถมองเห็นได้จากผลทางคลินิกเพียงอย่างเดียว การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพมีความสำคัญอย่างมากในการทำให้เข้าใจว่าโรคและการรักษามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง ซึ่งตรงกับแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) หรือการสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญของความเป็นมนุษย์ (Humanized health Care) ที่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่ต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยมากขึ้น มองผู้ป่วยโดยพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ทั้งหมดให้มีความสัมพันธ์และสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยเอง ไม่ใช่เพียงแต่การมองที่ตัวโรค⁸

มีการวิจัยในด้านคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหลายด้าน ซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแบบหลายมิติ และแบบองค์รวมอยู่ในระดับปานกลาง⁹ ในกลุ่มที่แตกต่างด้านเพศ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ชนิดของอุปกรณ์ที่ใช้ขณะเคลื่อนไหว การพึ่งพาสิ่งแวดล้อม และชนิดของผู้ดูแล ซึ่งจากผลการวิจัยทำให้พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ ต้องตระหนักถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้อย่างเฉพาะเจาะจงในกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ นอกจากนี้การวัดคุณภาพชีวิตยังนำมาใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามโปรแกรมต่าง ๆ เช่น มีผลการวิจัยพบว่า คุณภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ ซึ่งสามารถนำผลการวิจัยนี้มาเผยแพร่และนำไปสู่การดูแล การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อไป

จึงจะเห็นได้ว่าการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเป็นสิ่งจำเป็นและจะนำไปสู่การปรับปรุงระบบพัฒนา กิจกรรมและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ต่อไป

โรงพยาบาลหลังสวนนั้นยังไม่มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่จากข้อมูลสถิติผู้มารับบริการที่เพิ่มขึ้น ความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่อโรคของผู้ป่วยทำให้โรคหลอดเลือดสมองถูกจัดไว้เป็นหนึ่งใน 14 โรคหลักที่ต้องพัฒนาของแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ซึ่งได้วางแผนการดูแลไว้ตั้งแต่การป้องกันในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและ

ความดันโลหิตสูง ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น การรักษา การฟื้นฟูสภาพ การติดตามต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน ซึ่งผู้วิจัยหวังว่า การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ในส่วนนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญ ที่สามารถนำไปพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างครอบคลุม และเป็นองค์รวมต่อไป

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร
2. เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร
3. เพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร
4. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโรค การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

1.2 สมมติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโรค มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รู้ว่าผู้ดูแลมีความสามารถอยู่ในระดับดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.3 ขอบเขตการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการที่โรงพยาบาลหลังสวนซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 6 เดือนขึ้นไปมีผู้ดูแลหลักที่บ้าน และสามารถพูดคุยโต้ตอบกับผู้อื่นได้

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ สถานภาพในครอบครัว รายได้ครอบครัว/เดือน ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลัก
2. ปัจจัยด้านโรค ได้แก่ ระยะเวลาเจ็บป่วย จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
3. การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ การดูแลด้านจิตใจ
4. แรงสนับสนุนทางสังคม ในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร สิ่งของเครื่องใช้

ตัวแปรตาม

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม โดยใช้ดัชนีวัดคุณภาพด้านสุขภาพ The Short Form 36 Health Survey(SF 36)

1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับ ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีตามดัชนีชี้วัดคุณภาพด้านสุขภาพ The short Form 36 Health Survey(SF 36)¹¹ ซึ่งแบ่งเป็น 8 องค์ประกอบ

- 1.องค์ประกอบด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical function)
- 2.องค์ประกอบด้านบทบาทที่ถูกรบกวนเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย (Role limitation due to physical problem)
- 3.องค์ประกอบด้านความเจ็บปวด (pain)
- 4.องค์ประกอบด้านบทบาททางสังคม (social function)
- 5.องค์ประกอบด้านสุขภาพจิต (General mental health)

6. องค์ประกอบด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (Role limitation due to emotional problem)

7. องค์ประกอบด้านความกระฉับกระเฉง (Vitality)

8. องค์ประกอบด้านการรับรู้ต่อสุขภาพ (General health perception)

การรับรู้ความสามารถในการดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่มีต่อตนเอง ใน เรื่องกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลด้านจิตใจ

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน หรือบริเวณใกล้เคียง เป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและให้การดูแลมากที่สุด

ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย หมายถึง ระดับของการดูแลตนเอง และการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการขึ้นลงบันได 1 ชั้น ประเมินโดยใช้แบบประเมิน The Barthel Activity of Daily Living Index

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของเครื่องใช้ จาก บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชน บุคลากรทางการแพทย์

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านโรค ด้านความสามารถของผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองและผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. คุณภาพชีวิต
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 โรคหลอดเลือดสมองและผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ Cerebrovascular disease (CVD) เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า stroke เป็นกลุ่มอาการทางคลินิก เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง หรือมีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถจำแนกได้ดังนี้

2.1.1 แบ่งตามพยาธิสภาพที่เกิด ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่¹²คือ

2.1.1.1) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (ischemic stroke) เป็นภาวะที่เลือดไปเลี้ยงสมองถูกปิดกั้น พบร้อยละ 60-80 โดยแบ่งออกเป็น

2.1.1.2 หลอดเลือดสมองตีบ (thrombotic stroke) พบร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเกิดจากผนังหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่เกิดการแข็งตัวจากการที่มีไขมันและเกล็ดเลือดเข้าไปเกาะในผนังหลอดเลือด ทำให้ขนาดของหลอดเลือดตีบแคบ เป็นผลทำให้สมองขาดเลือดและตาย

2.1.1.3 หลอดเลือดสมองอุดตัน (embolism stroke) พบร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากเอมโบลัสที่มีขนาดเล็กจากภายในหัวใจ จากลิ้นหัวใจ หรือจากเส้นเลือดใหญ่ นอกสมอง ลอยเข้าไปอุดตันสมองทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและเนื้อสมองตาย

2.1.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (hemorrhagic stroke) แบ่งออกเป็น

2.1.2.1 ภาวะเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากการแตกของหลอดเลือดแดงในสมอง เลือดที่ออกจะแทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อสมองทำให้เนื้อสมองตายจากการขาดเลือด เนื้อสมองรอบๆ บวมจนกดสมองข้างเคียง ทำให้ความดันในช่องกะโหลกสูงขึ้น มีการเลื่อนของเนื้อสมองจากแนวกลางและเคลื่อนลงมากดก้านสมอง กดศูนย์หายใจและตายในที่สุด ตำแหน่งที่เลือดออกบ่อยได้แก่ basal ganglia, thalamus, กีบสมองของ cerebral hemisphere, cerebellum

2.1.2.2 ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นใต้อะแรคนอยด์ (subarachnoid hemorrhage) พบได้ประมาณร้อยละ 5 เกิดจากหลอดเลือดสมองโป่งพองและเกิดการแตกหรือฉีกขาดที่อยู่ใกล้กับชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง เลือดที่ออกอาจกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดแดง เป็นผลทำให้เนื้อสมองบางส่วนขาดเลือดไปเลี้ยง

โรคหลอดเลือดสมองทั้งสองชนิดนี้จะพบมากในผู้สูงอายุและผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และพบอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 90 ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคโดยตรงและปัจจัยแทรกซ้อนอื่น

2.1.2 แบ่งตามระยะเวลาการดำเนินของโรค

2.1.2.1 Transient ischemic attack [TIA]) คือปรากฏการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองที่อาการและการแสดงเกิดขึ้นและหายไปภายใน 24 ชั่วโมง

2.1.2.2 Reversible ischemic neurological deficit (RIND) พบได้ไม่บ่อย อาการและอาการแสดงเกิดขึ้นและคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง แต่หายไปภายใน 2 สัปดาห์

2.1.2.3 Stroke in evolutions ใช้ในช่วงที่อาการหรืออาการแสดงเป็นมากขึ้น มักเกิดจากลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่กำลังขยายตัวอุดกั้นการไหลเวียนของเลือดมากขึ้นเรื่อยๆ

2.1.2.4 Complete stroke ใช้เมื่ออาการและอาการแสดงเกิดขึ้นเต็มที่แล้ว

ผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นรวดเร็วในระยะเวลาอันสั้น ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาในการปรับตัวน้อย และเป็นโรคที่ทำให้เกิดความพิการได้มาก ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแม้ขณะที่ผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระยะพักฟื้นกลับไปพักกับญาติที่บ้านแล้วก็ตาม ก็ยังมีปัญหามากมายเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นแบ่งออกได้ 3 ด้าน ดังนี้¹³

ปัญหาด้านร่างกาย

ส่วนใหญ่มีผลมาจากพยาธิสภาพและความพิการที่หลงเหลืออยู่ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ดังนี้

1. ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) และอ่อนแรงครึ่งซีก (hemiparesis)¹⁴ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาหนักขึ้น นอกจากนี้ยังมีอาการหดเกร็ง (spasticity) โดยนิ้วมือจะกำแน่น ขนขาเหยียดลำบาก ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและประกอบกิจวัตรประจำวันได้ลำบาก รวมทั้งอาการหดเกร็งทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น ปวดไหล่ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุด¹⁵ ข้อขาแข็งซึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดหัวเข่าของขาข้างที่มีพยาธิสภาพจะหดตัวเป็นระยะเวลานาน

2. ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการเขียน เช่น พูดไม่ชัด (dysarthria) เนื่องจากกล้ามเนื้อในการพูดบริเวณรอบปาก ลิ้น และเพดานอ่อนแรง ทำให้การพูดไม่สัมพันธ์กัน เสียงที่พูดจึงตะกุกตะกัก พูดไม่ได้เนื่องจากประสาทสั่งการเสียไป (motor aphasia) ได้ยินแต่แปลความหมายของเสียงไม่ได้ ทำให้พูดตอบโดยไม่มี ความหมาย (sensory aphasia) หรือพูดไม่ได้เนื่องจากประสาทสั่งการเสีย และไม่สามารถแปลความหมายของเสียงได้ (global aphasia) ไม่เข้าใจภาษาเขียน (alexia) ไม่สามารถบรรยายความรู้สึกออกมาเป็นภาษาเขียนได้ (agraphia) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติดังกล่าวจะมีพยาธิสภาพบนสมองเด่น ซึ่งจะทำหน้าที่เด่นเกี่ยวกับภาษาการเขียนในคนที่ถนัดขวา ประมาณร้อยละ 90-95 จะมีสมองเด่นอยู่ทางซ้าย จากความผิดปกติเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านการติดต่อสื่อสาร ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ เมื่อไม่สามารถติดต่อสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับรู้ความคิดของตนเองได้ ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานใจอาจเกิดภาวะซึมเศร้าและแยกตัวในที่สุด

3. ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร อาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการกลืน การสูญเสียรีเฟล็กซ์ (reflex) การทำงานผิดปกติของกล้ามเนื้อในการเคี้ยว ทำให้ริมฝีปากบิดเบี้ยวได้ไม่แน่น การเคี้ยวจึงบกพร่องลิ้นไม่สามารถตัดอาหารในทิศทางต่างๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรงไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ ถ้าเพดานอ่อนแรงมากก็ไม่สามารถเคลื่อนปิดกับผนังคอหอยทำให้ผู้ป่วย

ถ้าลักษณะกลืน จากความผิดปกติดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล (electrolyte imbalance) และภาวะทุโภชนาการ(malnutrition)¹⁶

4. ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้สติในด้านต่อไปนี้

4.1 การรับรู้ต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรงกด ความร้อน และความเย็น ผิดปกติไป นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจบอกตำแหน่งของจุดสัมผัส ไม่ได้หรือบอกไม่ถูกต้อง บอกตำแหน่งของจุดสัมผัสพร้อมกันหลายๆจุดไม่ได้ ตลอดจนผู้ป่วยจะละเลยการเคลื่อนไหวด้านที่มีพยาธิสภาพ และไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่มากระตุ้นด้านพยาธิสภาพ เนื่องจากการรับรู้ผิดปกติไป ปัญหาดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายง่ายเพราะกว่าร่างกายจะรู้สึกและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตรายนั้น ร่างกายก็ได้รับอันตรายจากสิ่งกระตุ้นนั้นแล้ว

4.2 การรับรู้ต่อความสมดุลของร่างกายผิดปกติไป โดยผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลของความสมดุลของร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยกลัวว่าจะหกล้มจนทำให้ไม่กล้าเคลื่อนไหว ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดปัญหาในการฟื้นฟูบำบัด

4.3 การรับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่ผิดไป ทำให้ผู้ป่วยสับสน ไม่รู้จักเวลา สถานที่และบุคคล มีการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง อันจะมีผลทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

4.4 การรับรู้ทางสายตา ซึ่งความผิดปกตินี้จะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกรู้จัก ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำและตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นทางสายตาได้ ความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดคือ ตาบอดครึ่งซีกโดยเสียข้างเดียวกันทั้งสองตา นอกจากนี้ยังมีการเห็นภาพซ้อน มองไม่เห็น มองไม่ชัด หรือกระระยะไม่ถูก¹⁷ ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวจะทำให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นง่ายและยังเป็นอุปสรรคในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยผู้ป่วยจะไม่เอาใจใส่ต่ออวัยวะหรือสิ่งกระตุ้นด้านที่มองไม่เห็น ตลอดจนมีผลสมดุลในการนั่งและยืน

5. ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา (intellectual deficits) ที่พบบ่อยได้แก่ การลืม (amnesia) ขาดสมาธิ (Short attention span) เบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย (easy distractible) การตัดสินใจไม่ดี ความสามารถในการคำนวณ มีเหตุผลและจินตนาการผิดปกติไป ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริงได้ จากความผิดปกติดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ทั้งหมดจึงเป็นการยากสำหรับผู้ป่วยที่เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ทำให้มีพฤติกรรมซ้ำซาก ไม่สามารถใช้สิ่งต่างๆ ได้ตามปกติทั้งที่เคยใช้มาก่อน ตลอดจนไม่สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันและหลบหลีกอันตรายต่างๆ ได้

6. ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ผู้ป่วยโรคนี้อาจไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้ ในบางรายอาจมีปัสสาวะคั่งค้างไม่สามารถถ่ายออกได้หมดหรือไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง จากความ

ผิดปกติดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยกังวลเรื่องต้องขอความช่วยเหลือจากญาติในการชำระความสะอาดหรือสวนออกให้เมื่อปัสสาวะไม่ออก ส่วนความผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระโดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยมักจะท้องผูก ขับถ่ายลำบาก ในบางรายต้องใส่ยาเหน็บหรือสวนอุจจาระ

7. ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ความผิดปกติที่พบ คือ ความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะไม่แข็งตัวในผู้ป่วยชายและไม่รู้สึกถึงจุดสุดยอดในผู้ป่วยหญิง ดังนั้นจึงทำให้การมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยและคู่สมรสเปลี่ยนแปลงไป

นอกจากความผิดปกติที่กล่าวมาแล้ว ในรายที่เรื้อรังยังมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายอื่นๆ เช่น การยึดติดของข้อและเอ็นต่างๆ ที่พบบ่อย คือ ข้อเข่า ข้อตะโพก และเอ็นร้อยหวาย นอกจากนี้ยังมีการเหี่ยวลีบของกล้ามเนื้อ กระดูกโปรงบาง เส้นเลือดดำอุดตัน ปอดอักเสบและแผลกดทับ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวบางภาวะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตก็จำกัดขีดความสามารถของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ บางรายไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้

ปัญหาด้านจิตใจ

เกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น พยาธิสภาพของสมอง สภาวะแวดล้อม บุคคลแวดล้อม และกลไกผลักดันทางจิตใจ (psychodynamic) ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อย มีดังนี้

1. ความซึมเศร้า (depression) ซึ่งพบได้เป็นประจำในผู้ป่วยโรคนี้ทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง อาการซึมเศร้าแบ่งออกได้ 3 ระดับ คือ

1.1 อาการซึมเศร้าเล็กน้อย ผู้ป่วยจะมีสีหน้าไม่สบาย เจ็บขม มีอารมณ์เศร้า และจะมีผลกระทบต่อร่างกายร่วมด้วย คือ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย

1.2 อาการซึมเศร้าปานกลาง อาการจะรุนแรงขึ้นจากอาการซึมเศร้าเล็กน้อยจนถึงขั้นกระทบถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดำเนินกิจวัตรได้ตามปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการ ดังนี้ มีอารมณ์เศร้า รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า อารมณ์หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว มีความสนใจแคบ ไม่มีสมาธิ ตัดสินใจเองไม่ได้ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายบ่อยครั้งจะมีผลกระทบต่อร่างกายเหมือนอาการซึมเศร้าเล็กน้อยแต่อาการจะรุนแรงกว่า

1.3 อาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม โดยทั่วไปอย่างเห็นได้ชัดเจน ไม่สามารถประกอบกิจกรรมประจำวันเองได้ จะถอยหนีจากโลกของความเป็นจริง คิดฆ่าตัวตาย อาจมีประสาทหลอนหรือหลงผิด

2. ความกลัว (fear) เป็นพฤติกรรมทางจิตที่ปกติของมนุษย์ที่ใช้การปรับตัวต่อภาวะเครียด (28) หรือเป็นความรู้สึกตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อป้องกันตนเองจากอันตรายหรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ความกลัวจะเกิดขึ้นทันทีเมื่อได้รับการกระตุ้นแต่จะคงอยู่ในช่วงสั้นๆ เท่านั้น อาจหายไปถ้าไม่ได้รับการกระตุ้นอีก ความกลัวนี้จะแสดงออกมาในรูปของ กลัวตาย กลัวพิการ กลัวทรมาณ กลัวการกลับเป็นซ้ำของโรค กลัวถูกทอดทิ้ง เป็นต้น

3. ความกังวล (anxiety) เป็นปฏิกิริยาของมนุษย์ต่อสิ่งไม่มีตัวตนในขณะนั้น เกิดภาวะกดดันทำให้ตั้งเครียดไม่สบายใจ หวาดหวั่น รู้สึกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น และมีอาการเปลี่ยนแปลงตามระบบต่างๆ ของร่างกาย สาเหตุของความกังวลในผู้ป่วยโรคนี้อาจเกิดจากความคับข้องใจ (frustration) รู้สึกขัดแย้งในใจ (conflict) และความเครียดที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้ยังเกิดจากความคาดหวังเกี่ยวกับการดำเนินโรคล่วงหน้า เช่น เมื่อผู้ป่วยชาติไหนก็จะเกิดความกังวลว่าต่อไปจะเป็นอัมพาตหรือไม่ ถ้าเกิดอัมพาตแล้วจะหายหรือไม่ เมื่อหาคำตอบให้กับตนเองไม่ได้ก็จะเกิดความกังวลและเป็นการยากที่จะขจัดความกังวลออกไปได้ ความกังวลจะมีผลทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้ กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย หัวใจเต้นแรงและเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มมือเท้าซีดและเย็น หายใจถี่และถี่ผิดปกติ รู้สึกเหมือนจะเป็นลม ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ส่วนผลการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ได้แก่ จิตใจไม่สงบ ตกใจง่าย ความคิดแตกแยก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า กลัวตาย ส่วนมากผู้ป่วยจะใช้กลไกทางจิตในการลดความกังวล เช่น การไม่ยอมรับ (denial) การเก็บกดความคิดและความรู้สึก (repression) ถอยหนีจากเหตุการณ์ (withdrawal) มีพฤติกรรมถดถอย (regression)

4. ความก้าวร้าว (aggressive) เป็นการกระทำในลักษณะของการทำร้ายหรือเป็นคำพูดที่รุนแรงต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมที่ขาดความยับยั้งชั่งใจ จุดประสงค์เพื่อป้องกันตัวหรือพิทักษ์สิทธิของตน ความก้าวร้าวอาจแสดงออกมาในรูปปมเด่น (superiority) ด้วยการวางอำนาจ หยิ่งยดูถูกคนอื่น พฤติกรรมก้าวร้าวมีลักษณะต่างๆ กัน เช่น แสดงอารมณ์หงุดหงิด ขาดความอดทน แสดงท่าไม่เป็นมิตร พูดแต่ในแง่ร้าย ใช้อำนาจข่มขู่ ทบทำลายสิ่งของ

5. ความรู้สึกสูญเสีย (loss) โดยปกติแล้วมนุษย์สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมักจะต้องพึ่งพาผู้อื่นไม่มากก็น้อย จะเกิดความรู้สึกสูญเสียในด้านต่าง มากมาย ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความหมายและมีความสำคัญต่อชีวิตของ

ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน และผู้ป่วยบางรายแม้ว่าการสูญเสียนี้จะเล็กน้อยก็ตาม แต่จากปัญหาต่าง ที่รุมเร้าผู้ป่วยทำให้เขารู้สึกว่าการสูญเสียมากกว่าความเป็นจริง

ปัญหาด้านสังคม

สังคมมนุษย์มีการอยู่ร่วมกัน มีปฏิริยาโต้ตอบกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน นอกจากนี้มนุษย์ยังต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ต้องการความรักและการยอมรับจากสมาชิกอื่นในสังคม สิ่งดังกล่าวเป็นความต้องการของมนุษย์ทั่วไป แต่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผลของโรคทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมได้น้อยหรือไม่ได้เลย ประกอบกับผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจยิ่งทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคม (social deprivation) ดังนั้น จึงเกิดปัญหาตามมาดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับญาติ ซึ่งส่วนมากจะเป็นไปในรูปของการห่างเหิน สาเหตุเกิดจากอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย เมื่อญาติพุดคุยหรือให้การดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกว่าจะไม่ถูกใจตนเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะพุดคุยหรือได้รับการดูแลจากญาติ สัมพันธภาพที่ผู้ป่วยแสดงออกต่อญาติจึงดูห่างเหิน

2. การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับสังคม ซึ่งจะแสดงออกในรูปการห่างเหิน เช่นเดียวกัน อาจมีสาเหตุหลายประการ เช่น ผู้ป่วยอาจรู้สึกอายที่ตนเองพิการและเจ็บป่วยเรื้อรังจึงทำให้ไม่อยากเข้าสังคม ก่านิยมของสังคมปัจจุบันที่ยกย่องและให้ความสำคัญกับผู้ที่แสดงความสามารถจนเป็นที่ประจักษ์แก่สังคม จึงยิ่งทำให้คุณค่าของผู้ป่วยลดลงและการยอมรับจากสังคมลดลงเช่นเดียวกัน

3. การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว จากการเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการจะส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว เช่น จากที่เคยพึ่งพาตนเองได้หรือเป็นที่พึ่งของผู้อื่นก็ต้องพึ่งพาผู้อื่น หากเดิมผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งหาเลี้ยงครอบครัวตลอดจนตัดสินใจปัญหาต่างๆ ในครอบครัวด้วยตนเอง แต่หลังจากผู้ป่วยกลับกลายเป็นบุคคลที่ครอบครัวต้องหาเลี้ยงและในบางครั้งครอบครัวยังช่วยตัดสินใจปัญหาให้ผู้ป่วยอีกด้วย ยิ่งทำให้ผู้ป่วยกับข้องใจ และหากไม่สามารถยอมรับบทบาทใหม่ได้ยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด ละอายใจ และรู้สึกว่าตนไร้ค่าไม่สามารถรับผิดชอบครอบครัวได้เหมือนเดิม การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวนี้จะส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย

4. การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม หากเดิมผู้ป่วยเป็นหัวหน้าวางแผน ควบคุมตลอดจนสั่งงานลูกน้อง แต่หลังจากป่วย นอกจากจะไม่สามารถรับผิดชอบบทบาทเดิมได้แล้ว อาจต้อง

ย้ายไปอยู่ในตำแหน่งที่ไม่มีความสำคัญอะไรเลยหรืออาจต้องออกจากงาน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตมากขึ้น

จากปัญหาในหลายด้านที่กล่าวมาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด หากผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลดี จะช่วยลดปัญหาต่างๆ ได้

2.2 ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งความสามารถของผู้ดูแลมีหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยที่สำคัญได้แก่

1. คุณลักษณะของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีอาการรอยโรคหลงเหลือมาก หรือมีอาการพิการมาก จะทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความขุ่นยากและซับซ้อน ในระยะเวลานานและเป็นการยากที่จะคาดการณ์ได้ว่าจะสามารถดูแลได้

2. คุณลักษณะของผู้ดูแลที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ ได้แก่

2.1 ความรู้ความสามารถของผู้ดูแล ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแลจะต้องมีทักษะการดูแลเฉพาะเจาะจง เช่น ทักษะการเคลื่อนไหวผู้ป่วย การดูแลเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น ซึ่งผู้ดูแลสามารถเรียนรู้วิธีการดูแลได้จากบุคลากรในทีมสุขภาพ หรือเรียนรู้จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล การสังเกตและซักถามในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น สามารถเผชิญปัญหาและสถานการณ์ดูแลผู้ป่วยได้ดี ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย และไม่รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดและเป็นภาระของผู้ดูแล

2.2 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องมีภาวะสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตลอดเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งผู้ดูแลอาจอ่อนล้า อ่อนเพลีย เครียด เบื่อหน่าย ทำให้ผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่และความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพการดูแลอย่างมาก

3. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลทำให้เกิดความเข้าใจ ความเห็นใจ และความสามารถที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ความรู้สึกดังกล่าวจะเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย เช่น ความสัมพันธ์ในฐานะบิดามารดา สามีภรรยา เป็นต้น นอกจากนี้ความหวังเป็นแรงผลักดันอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถทำให้คนทำกิจกรรมนั้นๆ เพื่อสนองต่อความต้องการได้ จากการศึกษาพบว่า การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยด้วยความหวังและกำลังใจที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกันสามารถคาดหวังผลลัพธ์ในทางบวกให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นส่วนสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย อาจสำเร็จหรือ

ล้มเหลวก็ได้ ซึ่งถ้าล้มเหลวในการฟื้นฟูสมรรถภาพอาจนำมาซึ่งความตายหรือความหมอดหวังให้กับผู้ป่วยได้

4. เศรษฐฐานะทางสังคม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยร่วมด้วย รายได้ของผู้ดูแลจะมีส่วนสัมพันธ์กับภาระการดูแล

5. แรงสนับสนุนทางสังคมผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่บ้านต้องใช้เวลาานก่อนให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการแสดงถึงการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ช่วยเหลือ และกำลังใจ จากบุคคลเครือข่ายในสังคม ของผู้ดูแล เช่น การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงาน หรือการได้รับการแนะนำทางเลือกในการแก้ไขปัญหาได้รับการแนะนำวิธีการผ่อนคลาย และช่วยให้ยอมรับกับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมจะทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง แต่จากศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีสภาพสมองเสื่อมกลับได้รับแรงสนับสนุนในระดับต่ำ เช่น การศึกษาของสุจินยา โลหะชัยวา¹⁸ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง ลักษณะและกระบวนการเฉพาะทางสรีระและจิตสังคมของบุคคล มีการพัฒนาตามพัฒนาการ และปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้เกิดกระบวนการ การรับรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่สมองตีความ หรือแปลความหมายของข้อมูลที่เป็นผลมาจากการสัมผัสทางร่างกาย โดยอาศัยประสบการณ์ช่วยในการตีความหมาย¹⁹ ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแล ได้แก่

1. อายุ (Age)
2. เพศ (Gender)
3. สถานภาพสมรส
4. ระดับการศึกษา
5. รายได้ของครอบครัว
6. ระยะเวลาในการดูแล

แบ่งเป็นความสามารถในการดูแลด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลด้านร่างกาย

1.1 การดูแลทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนเสื้อผ้า ผู้ดูแลจะต้องเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ในการทำความสะอาดร่างกาย ซึ่งการทำความสะอาดร่างกายอาจใช้วิธีการเช็ดตัวผู้ป่วยบนเตียง หรืออาจใช้วิธีการอื่น เช่น การยกตัวผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ หรือเก้าอี้ล้อเข็นพาไปอาบน้ำที่ห้องน้ำ และอาบน้ำผู้ป่วยวิธีเดียวกันกับการอาบน้ำโดยทั่วไป คือ การใช้ขันตักน้ำ หรือใช้สายยาง ฝักบัว ราดตัวผู้ป่วย วิธีการอาบน้ำขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม และการได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ส่วนการสวมและถอดเสื้อผ้ามีหลักการช่วยเหลือ คือ ไม่เคลื่อนไหวแขนขาเกินขอบเขตที่ควรจะเป็น ให้แขนข้างดีเคลื่อนไหวมากกว่าแขนข้างที่ไม่ปกติ ให้สวมเสื้อผ้าแขนขาที่ไม่ปกติก่อน แต่เวลาถอดออกจากร่างกายให้ถอดข้างที่ไม่ปกติก่อน เสื้อผ้าต้องไม่คับจนเกินไป ควรเลือกเสื้อผ้าที่สวมใส่และถอดออกง่าย และไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยมากเกินไปขณะเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้ป่วย โดยปกติผู้ดูแลควรดูแลสิ่งแวดล้อมภายหลังการทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย ดูแลเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ทำความสะอาดบริเวณรอบเตียงนอน จัดสิ่งแวดล้อมโดยรอบ การดูแลทำความสะอาดร่างกาย และเปลี่ยนเสื้อผ้าควรทำวันละ 2 เวลา คือ ช่วงเช้า และช่วงเย็น สำหรับช่วงกลางวัน หรือช่วงเวลาที่อากาศร้อน ผู้ดูแลอาจเช็ดตัวให้ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย²⁰

1.2 การดูแลขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถบอกผู้ดูแลเมื่อต้องการขับถ่ายได้ ผู้ป่วยจะถ่ายปัสสาวะ และถ่ายอุจจาระรดที่นอน ผู้ดูแลต้องคอยดูแลมิให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะเปื้อนร่างกาย หรือนอนแช่ปัสสาวะ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับและการติดเชื้อได้ ผู้ดูแลสามารถเลือกใช้วิธีการต่างๆ เช่น ใส่ถุงพลาสติก ถุงยางอนามัย เพื่อไม่ให้ปัสสาวะรดที่นอน ผู้ดูแลต้องคอยเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะบ่อยๆ และทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่ทุกครั้ง ในผู้ป่วยบางรายที่ต้องคาสายสวนปัสสาวะผู้ดูแลต้องบีบรัดสายเพื่อป้องกันการอุดตันของสายปัสสาวะ และแทน้ำปัสสาวะทิ้งบ่อยๆ ไม่ให้ปัสสาวะเต็มถุง พร้อมทั้งดูแลให้สายต่อปัสสาวะเป็นระบบปิดที่ปลอดภัย ไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับ ตรึงสายปัสสาวะไม่ให้เกิดการดึงรั้งทางเดินปัสสาวะ หรือเลื่อนเข้าออก ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ สังเกตและบันทึกลักษณะ ปริมาณปัสสาวะ ดูแลถุงรองรับปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วยอยู่เสมอ²¹ สำหรับการถ่ายอุจจาระ ผู้ดูแลต้องประเมินอาการท้องผูกของผู้ป่วย กระตุ้นให้ถ่ายอุจจาระทุกวัน โดยดูแลให้ผู้ป่วยนั่งกระโถน หรือนั่งเก้าอี้ถ่ายอุจจาระหลังรับ ผู้ดูแลต้องเช็ดทำความสะอาดภายหลังการขับถ่ายทุกครั้ง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระหลายวัน หรือมีปัญหาท้องผูก สามารถปรึกษาแพทย์เรื่องยาช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยถ่าย หรือผู้ดูแลอาจต้องใช้วิธีการล้วงอุจจาระออกมา

1.3 การดูแลการหายใจ ผู้ดูแลต้องสามารถดูแลให้ผู้ป่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหันหน้าไปด้านข้างเพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดลม หรือ

น้ำลายลงปอด ถอดฟันปลอมออกเพื่อป้องกันการหลุดไปอุดทางเดินหายใจ สังเกตอาการหายใจที่ผิดปกติ และช่วยผู้ป่วยให้มีการบริหารปอด และการไอที่มีประสิทธิภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซ ช่วยขจัดเสมหะ และป้องกันการคั่งค้างของเสมหะในระบบทางเดินหายใจ ในรายที่ผู้ป่วยมาสามารถทำได้เองต้องช่วยโดยการจัดทำระบายเสมหะ เคาะปอด หรือดูดน้ำลายหรือเสมหะออก รวมทั้งดูแลให้ได้รับน้ำและความชื้นอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยทำให้เสมหะอ่อนตัว และขจัดออกง่ายขึ้น เนื่องจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบจากการสูดสำลักมากที่สุด²²

1.4 การดูแลการรับประทานอาหารและน้ำ ผู้ป่วยควรได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000 – 3,000 ซีซี ในกรณีไม่มีข้อจำกัด ผู้ดูแลควรจัดอุปกรณ์วางไว้ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถหยิบดื่มได้สะดวก หรือดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเครื่องดื่มที่มีประโยชน์พร้อมทั้งบันทึกสารน้ำที่ได้รับและขับออกทุกวัน²³ ส่วนในเรื่องอาหารผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ มีสารอาหารที่ครบถ้วน และพลังงานอย่างน้อย 2,000 กิโลแคลอรี เลือกชนิดของอาหารที่เคี้ยวและย่อยง่าย กำเนินถึงรสชาติอาหาร และความชอบของผู้ป่วย จัดเตรียมอาหารวางไว้ให้ผู้ป่วยรับประทานได้สะดวก รวมถึงดูแลความสะอาดปาก ฟันเป็นประจำ ในรายที่มีปัญหาการกลืนอาจเกิดปัญหาการไอ การขย้อน การสำลัก ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ และในรายที่ไม่สามารถรับประทานอาหาร หรือกลืนอาหารเองได้ ผู้ดูแลต้องเรียนรู้วิธีการให้อาหารทางสายยาง โดยจัดเตรียมอาหารเหลว หรืออาหารผสมที่มีสารอาหารครบถ้วน ถูกสัดส่วนตามที่ผู้ป่วยต้องการ เก็บรักษาไว้ที่อุณหภูมิเหมาะสม และให้อาหารอย่างถูกวิธี ตลอดจนติดตามประเมินภาวะโภชนาการ และภาวะสมดุลเกลือแร่ในร่างกายอย่างสม่ำเสมอ²⁴

1.5 การดูแลเรื่องกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย และการพักผ่อน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจส่งผลต่อการทำกิจกรรม และการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากภาวะอ่อนแรงของแขนและขาจากพยาธิสภาพของโรค เช่น มีแขนขาซีกใดซีกหนึ่งอ่อนแรง ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ข้อต่างๆ ฝึกความคงทนของกล้ามเนื้อเพื่อส่งเสริมการทำงานของร่างกายให้กลับสู่สภาพเดิม หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้น หรือให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการออกกำลังกาย บริหารกล้ามเนื้อ ข้อต่างๆ เพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบ หรือข้อติดแข็ง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวแขน ขา และมือ โดยกระตุ้นและฝึกให้มีการกำเหยียดมือ หยิบจับสิ่งของต่างๆ เคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง ขยับพลิกตะแคงตัว ฝึกจากท่านอนเป็นท่านั่ง จากนั้นเมื่อเริ่มดีขึ้นผู้ดูแลก็สามารถฝึกให้ผู้ป่วยเดิน โดยช่วยพยุง หรือใช้เครื่องช่วย เช่น เครื่องดามไม้เท้า รถเข็น เป็นต้น²⁵

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีแบบแผนการนอนหลับพักผ่อนที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากภาวะทางด้านร่างกาย เช่น ปวดเมื่อย ปวดกล้ามเนื้อ หรืออาจเกิดจากสภาพจิตใจ เช่น ไม่สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและภาพลักษณ์ ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า อาการต่างๆเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อถึงการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยให้ผู้ป่วยได้เข้านอนและตื่นนอนเป็นเวลา ช่วยเหลือในด้านการจัดเตรียมที่นอน สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน มีการกระตุ้นผู้ป่วยให้ทำกิจกรรมในช่วงกลางวัน เพื่อสามารถนอนหลับได้นานในเวลากลางคืน และหาสาเหตุของการนอนไม่หลับเพื่อแก้ไข¹⁶ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังสามารถนัดหลังให้ผู้ป่วยเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ คลายความตึงเครียด ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการพักผ่อนมากขึ้น²³

1.6 การดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด และปลอดภัย ผู้ดูแลควรจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด โถง อากาศถ่ายเทได้สะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม้ลื่น จัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น ทิชชูราวสำหรับยึดเกาะ²⁶ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองเรื่องการเคลื่อนไหว ขณะที่ผู้ป่วยพยายามจะช่วยเหลือตนเอง อาจเกิดอุบัติเหตุได้ ดังนั้นผู้ดูแลควรระวังอย่างใกล้ชิด อันตรายที่พบบ่อย คือ การหกล้มเนื่องจากมีความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหว การรับความรู้สึก การมองเห็น หรือการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกจากการได้รับยาบางชนิด

2. ความสามารถในการดูแลด้านจิตใจ²⁰ ได้สรุปไว้ดังนี้

2.1 การยอมรับและเข้าใจสภาพจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและเอาใจใส่ สัมผัสผู้ป่วยด้วยความนิ่มนวล การพูดคุยกับผู้ป่วยจะช่วยกระตุ้นความรู้สึกของผู้ป่วยอันนำไปสู่ความเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกตัวของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว ผู้ดูแลต้องให้การยอมรับเข้าใจความแปรปรวนของอารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพทางสมองทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดังเดิม มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทฐานะทางเศรษฐกิจสังคม สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคง เป็นปมด้อย ผู้ดูแลควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยท่าทีเช่นเดิม ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ หรือปฏิบัติกิจกรรมแทนผู้ป่วยโดยไม่ให้ผู้ป่วยได้ทำอะไรเอง เพราะยิ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเป็นภาระ ผู้ดูแลควรสนับสนุนการฟื้นฟู และส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าของตน และคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่สูงสุดของผู้ป่วย

2.2 การส่งเสริมความมั่นใจ และให้กำลังใจผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว และต้องการกำลังใจในขณะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆควรดูแลอย่างใกล้ชิดแต่ต้องให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือ

ตนเองด้วย โดยเฉพาะในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าจะทำได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยมักเกิดความเครียดและอารมณ์เสื่อง่าย ผู้ดูแลควรหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เหล่านั้น และควรมีการชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำสิ่งต่างๆสำเร็จ เพื่อเป็นการสร้างกำลังใจ

2.3 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับการครอบครัว เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวและสภาพอาการดีขึ้น ควรส่งเสริมผู้ป่วยให้มีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง นอกจากนี้ผู้ดูแลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยระบายความรู้สึก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยได้ดีขึ้น ทราบสาเหตุความแปรปรวนของอารมณ์ผู้ป่วย และสามารถช่วยแก้ไขตามสาเหตุต่างๆได้

จะเห็นได้ว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ดูแลต้องมีความรู้ เข้าใจ และตั้งใจจริงที่จะดูแลผู้ป่วย จึงจะทำให้เกิดความสามารถในการกระทำและเกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

2.3 คุณภาพชีวิต

แนวคิดและความหมายของคุณภาพชีวิต

คำว่า “คุณภาพชีวิต” มีการกล่าวถึงและนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะเมื่อมีการกล่าวถึงเป้าหมายหรือหมายถึงการพัฒนาองค์กรต่างๆ ทั้งของภาครัฐและเอกชนหรือมีการวิเคราะห์หรือวิจารณ์สภาพความเป็นอยู่ของประชาชนในสังคมต่างๆ¹² แต่มุมมอง แนวคิด และการให้ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตยังมีลักษณะหลากหลายยังไม่สามารถอธิบายในลักษณะสากลได้

คุณภาพชีวิตตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2526⁶ ให้ความหมายคุณภาพชีวิต ว่าประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ และชีวิต “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น “คุณภาพชีวิต” จึงหมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

Orem²⁷ ให้ความหมายไว้ว่า เป็นภาวะที่แต่ละบุคคลรับรู้ต่อสภาวะการณ์ที่เป็นอยู่แสดงออกโดยความยินดี ความพึงพอใจและความสุขที่เกิดขึ้นในจิตใจ การบรรลุถึงอุดมคติแห่งตน และเกิดเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคลนั้น บุคคลสามารถมีความสุขได้แม้จะตกอยู่ในภาวะของความลำบากหรือการสูญเสียโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย คนที่เจ็บป่วยเรื้อรังอาจรับรู้ถึงภาวะของตนเอง ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าความสุขของบุคคลพิจารณาจากความพึงพอใจและความพอใจใน

ชีวิต แม้จะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยบุคคลอาจรับรู้ความผาสุกได้ถ้ามีแหล่งประโยชน์หรือปัจจัยเกี่ยวข้องสนับสนุนอย่างเพียงพอ

อุทุมพร จามรมาน¹¹ กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า บางคนหมายถึงสภาพทางจิตใจที่รู้สึกว่ามีความสุข บางคนมองถึงบริการของรัฐที่ก่อให้เกิดความสะดวกสบาย บางคนมองครอบคลุมถึง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่กลมกลืนกัน บางคนมองเฉพาะสังคมที่มีระเบียบและมีความปลอดภัย

โดยรวมแล้วคุณภาพชีวิตในงานวิจัยนี้หมายถึงการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับ ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีในด้านสภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะช่วยให้การดำรงชีวิตในแต่ละวันเป็นไปอย่างปกติ

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การที่มนุษย์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่เป็นองค์ประกอบมากมาย ซึ่งแต่ละองค์ประกอบก็มีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกัน ตามทัศนะของแต่ละบุคคลหรือแต่ละสังคม

Flanagan²⁸ กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ว่าเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุ ได้แก่ มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ
2. มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่นๆ นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย
3. การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น
4. มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ และมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้ สนใจการเรียนรู้ และเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานทำที่น่าสนใจ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์
5. มีสันติภาพ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี คุกกี้ หรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปัจจุ²⁹ กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามทัศนคติของนักจิตวิทยา และนักวิชาการสาขาสังคมศาสตร์และมนุษย์ไว้ว่า คุณภาพชีวิตของบุคคลควรประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

1. สิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการขั้นต่ำของบุคคล ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า สุขภาพที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย มีสังคมและเศรษฐกิจดี
2. ความต้องการที่สนองความพอใจของแต่ละบุคคล ได้แก่ ค่านิยมที่เหมาะสมกับสังคม และวัฒนธรรม ความสมดุลระหว่างความต้องการ และความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึงความต้องการนั้นมีจุดมุ่งหมายของชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีผลต่อความสุขสบายและการทำกิจกรรมต่างๆ ดังนี้ ทางด้านสุขภาพส่วนใหญ่จะทำให้จำกัดความและขอบเขตการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเน้นที่ความสุขสบายทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เนื่องจากคุณภาพชีวิตมีผลมาจากหลายๆ เหตุการณ์ เช่น สภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพกับครอบครัวและบุคคลอื่น บางคนอาจจะพิจารณาคูณภาพชีวิตเป็นโครงสร้างอันหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสภาพทั้งหมดของการดำรงชีวิตของมนุษย์ ในทางตรงกันข้ามบางคนพิจารณาคูณภาพชีวิตโดยมุ่งความสนใจไปที่แต่ละลักษณะ เช่น สุขภาพของผู้ป่วย สภาพเศรษฐกิจ เป็นต้น โรคแต่ละโรคทำให้มีอาการและผลการรักษาต่อบุคคลแตกต่างกัน เพราะฉะนั้นในการประเมินคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม จึงมุ่งไปที่ผลจากโรคต่อความเป็นอยู่ในด้านต่างๆ ที่ผู้วิจัยเชื่อว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต

UNESCO³⁰ ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ ที่พบได้เสมอ จำแนกได้ 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (objective indicators) เป็นการประเมินด้านคุณภาพชีวิต โดยใช้ข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ วัดได้ และเป็นปัจจัยหรือตัวบ่งชี้ทางสังคม ได้แก่ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย อาหาร อากาศ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับบุคคล หน้าที่ด้านร่างกาย
2. ด้านจิตวิสัย (subjective indicators) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยข้อมูลด้านจิตวิทยา ประเมินโดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติที่มีต่อประสบการณ์ชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตและสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ความรู้สึกเป็นสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนการตัดสินใจการรับรู้ต่อคุณค่าและความหมายในชีวิตของบุคคลด้วย

เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต

ปัญหาในการประเมินคุณภาพชีวิต คือ การเลือกใช้แบบวัดที่เหมาะสม George & Bearon³¹ ได้เสนอว่า การประเมินคุณภาพชีวิตควรจะเป็นการประเมินทั้งแบบวัตถุวิสัยและจิตวิสัย ซึ่งตรงข้ามกับ Campbell³² ที่กล่าวว่า การประเมินจิตวิสัยเป็นการประเมินประสบการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง ในขณะที่การประเมินแบบวัตถุวิสัยเป็นเพียงการประเมินสิ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเท่านั้น

Spitzer และคณะ³³ ได้กล่าวสรุปว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ควรประกอบด้วยลักษณะ 10 ประการ ดังนี้

1. ข้อความสั้น เข้าใจง่าย และนำไปใช้ได้สะดวก
2. กว้างขวาง ครอบคลุมองค์ประกอบของชีวิตแต่ละด้าน
3. เนื้อหาสอดคล้องกับกลุ่มชนนั้น
4. เน้นปริมาณ
5. สามารถใช้ได้หลายสถานการณ์ด้วยข้อจำกัดที่น้อยที่สุด เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านเพศ อายุ อาชีพ และชนิดของโรคเรื้อรัง
6. ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้
7. เป็นที่ยอมรับในการวัด โดยเฉพาะผู้ชำนาญการทางคลินิก
8. มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ถูกวัด
9. แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างเด่นชัด ในกลุ่มผู้ถูกวัดที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน
10. มีเหตุผลดี

แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก

จากการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตที่ผ่านมา พบว่าเครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพชีวิตได้ถูกสร้างขึ้นจากหลายบุคคล เครื่องมือแต่ละชุดก็มีความเหมาะสมที่จะใช้กับบุคคลเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หรือคนปกติในประเทศใดประเทศหนึ่งแต่ไม่สามารถที่จะใช้ผลที่ได้จากการประเมินมาเปรียบเทียบ หรือนำเครื่องมือมาใช้ในบุคคลที่ต่างชนชาติ หรือต่างวัฒนธรรมได้

จากการตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทั่วโลก ในปี ค.ศ.1991 องค์การอนามัยโลก โดยความร่วมมือของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเรื่องคุณภาพชีวิตจากประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จำนวน 15 ประเทศ จึงได้สร้างเครื่องมือสำหรับประเมินคุณภาพ

ชีวิตที่เป็นสากลขึ้น คือ WHOQOL³⁴ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของประชาชนทั่วโลกแม้จะมีเชื้อชาติและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน การใช้เครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกอาศัยแนวคิดที่ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อ ส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งโครงสร้างทั้ง 6 มิตินั้นได้มาจากแนวความคิดของผู้เชี่ยวชาญเรื่องคุณภาพชีวิตจากประเทศต่างๆ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต รวมทั้งจากการสนทนากลุ่ม (focus group) ในประเทศต่างๆ ที่ถูกกำหนดให้เป็นศูนย์กลางภาคสนาม ที่มีความแตกต่างกันด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันนี้มี 2 แบบ คือ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก ฉบับ 100 ข้อ (WHOQOL – 100) และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก ฉบับ 26 ข้อ (WEOQOL-BREF) โดย WHOQOL – BREF จะเป็นฉบับย่อจาก WHOQOL - 100 ทั้งนี้เนื่องจาก WEOQOL – 100 ใช้เวลาในการประเมินนาน และผู้รับการประเมินอาจรู้สึกเบื่อได้ จึงได้พัฒนา WHOQOL – 100 ให้เหลือข้อคำถามเพียง 26 ข้อ ซึ่งทำให้กะทัดรัด สะดวกในการใช้ ตลอดจนได้รับความร่วมมือจากผู้รับการประเมินมากขึ้น

แบบสอบถาม The Short-Form-36 (SF-36)

แบบสอบถาม SF-36 เป็นแบบสอบถามประเภททั่วไปที่มีการใช้อย่างแพร่หลายทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยเนื่องจากสามารถวัดได้ทุกกลุ่มคนและโรคประกอบกับมีการวิจัยคุณสมบัติต่างๆอย่างดี SF-36 ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพโดยแบ่งเป็น 8 มิติ (dimensions) รวม 35 ข้อ คือ มิติ Physical functioning (10 ข้อ), Role limitations due to physical problems (4 ข้อ), Bodily pain (2 ข้อ), General health perceptions (5 ข้อ), Social functioning (2 ข้อ), Vitality (4 ข้อ), Role limitations due to emotional problems (3 ข้อ) และ General mental health (5 ข้อ) และคำถามอิสระ 1 ข้อ (Reported health transition) รวม 36 ข้อ มีการแปลแบบสอบถามเป็นภาษาต่างๆ ลักษณะตัวเลือกของคำถามแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale การคำนวณคะแนนทำโดยการแปลงคะแนนตามน้ำหนักที่ผู้สร้างกำหนด (10) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 ถึง 100 คะแนนสูงหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดี

สำหรับ SF-36 ฉบับภาษาไทย ได้มีการทดสอบคุณสมบัติความตรงและความเที่ยงแล้ว แต่เนื่องจากคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามฉบับเดิม ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ดี ได้แก่ ความตรงตามโครงสร้าง และความเที่ยงต่ำกว่าเกณฑ์ที่ผู้สร้างกำหนดไว้ อาจมีสาเหตุมาจากคำที่ใช้สื่อความหมายไม่ตรงกับต้นฉบับอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม การทดสอบคุณสมบัติในบางภาษาก็พบว่ามีความสัมพันธ์บางประการไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้เช่นกัน

จากการศึกษาของ วัชร เลอমানกุล³⁷ การวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบสอบถามฉบับใหม่พบว่า มีรูปแบบที่ใกล้เคียงกับฉบับเดิม อย่างไรก็ตาม มิติ Vitality และ Role-emotional มีน้ำหนักอยู่ในองค์ประกอบที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามฉบับใหม่สูงกว่า 0.7 ในทุกมิติ (0.72 – 0.86) ค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มตัวอย่างสูงสุดในมิติ Physical functioning (86.1 ± 13.0) และต่ำที่สุดในมิติ Role-emotional (54.3 ± 40.5) โดยมี % floor สูงที่สุดในมิติ Role-emotional และ % ceiling สูงที่สุดในมิติ Role-physical แบบสอบถามฉบับใหม่ มีคุณสมบัติความเที่ยงที่ดีและมีความตรงเกือบส่วนใหญ่เป็นไปตามเกณฑ์ การแปลผลควรทำด้วยความระมัดระวังในมิติ Vitality และ Role-emotional

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง

สุจันยา โลหะชัยวา¹⁸ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มแบบเจาะจงในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการที่สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 100 ราย ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2547 ผลการศึกษาพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค หลอดเลือดสมอง ($r = .725, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .367, p < .01$)

แสงแก้ว ราชภักดี³⁹ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบติดตามไปข้างหน้า 3 เดือน ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 125 คน อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตใช้ Short Form-36 v2 (SF-36 v2) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 6 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านเจ็บปวด ด้านสุขภาพกาย ด้านความกระฉับกระเฉง ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ไม่น่าพอใจ 1 เดือนหลังป่วย ได้แก่ การมีลักษณะที่ต้องพึ่งพา ความบกพร่องขั้นรุนแรงเรื่องความรู้สึกรู้สึกความเข้าใจ การมีรอยโรคที่สมองซีกขวา กลุ่มโรค การมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มไม่ได้ประกอบอาชีพหลังป่วย ส่วนปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ไม่น่าพอใจ 3 เดือนหลังป่วย ได้แก่ การมีลักษณะที่ต้องพึ่งพา ความบกพร่องขั้นรุนแรงเรื่องความรู้สึกรู้สึกความเข้าใจ โรคหลอดเลือดสมองแบบ Thrombosis การมีรอยโรคที่สมองซีกขวา กลุ่มโรคที่ไม่ได้ใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเป็นการศึกษาในช่วงอายุที่กว้าง คือ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมีลักษณะทางร่างกาย ความสามารถในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ

บทบาทหน้าที่ทางสังคมแตกต่างจากผู้สูงอายุ ซึ่งช่วงอายุที่ต่างกันอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันได้

ณัฐเศรษฐ มนิมนากร และคณะ⁴⁰ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาผู้ป่วยจำนวน 327 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มอายุ คือ อายุ \leq 44 ปี อายุ 45 – 64 ปี และอายุ \geq 65 ปี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟู ประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องมือ WHOQOL- BREF Thai version ตัวแปรอิสระที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา บ้านเดิมอยู่ในเมืองหรือชนบท ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง อวัยวะข้างที่อ่อนแรง ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง สภาพจิตใจ และคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่อายุ $<$ 44 ปี มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคะแนนทางกายภาพและทางสังคมของคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

อภิณตรี บัวเหลือง⁴¹ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ความสามารถในการทำกิจกรรม ระดับการศึกษา อาการผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึก ระยะเวลาของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อาการกล้ามเนื้อเกร็ง กระตุก แรงสนับสนุนทางสังคม อาการขาขวาอ่อนแรงและอาการท้องผูกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

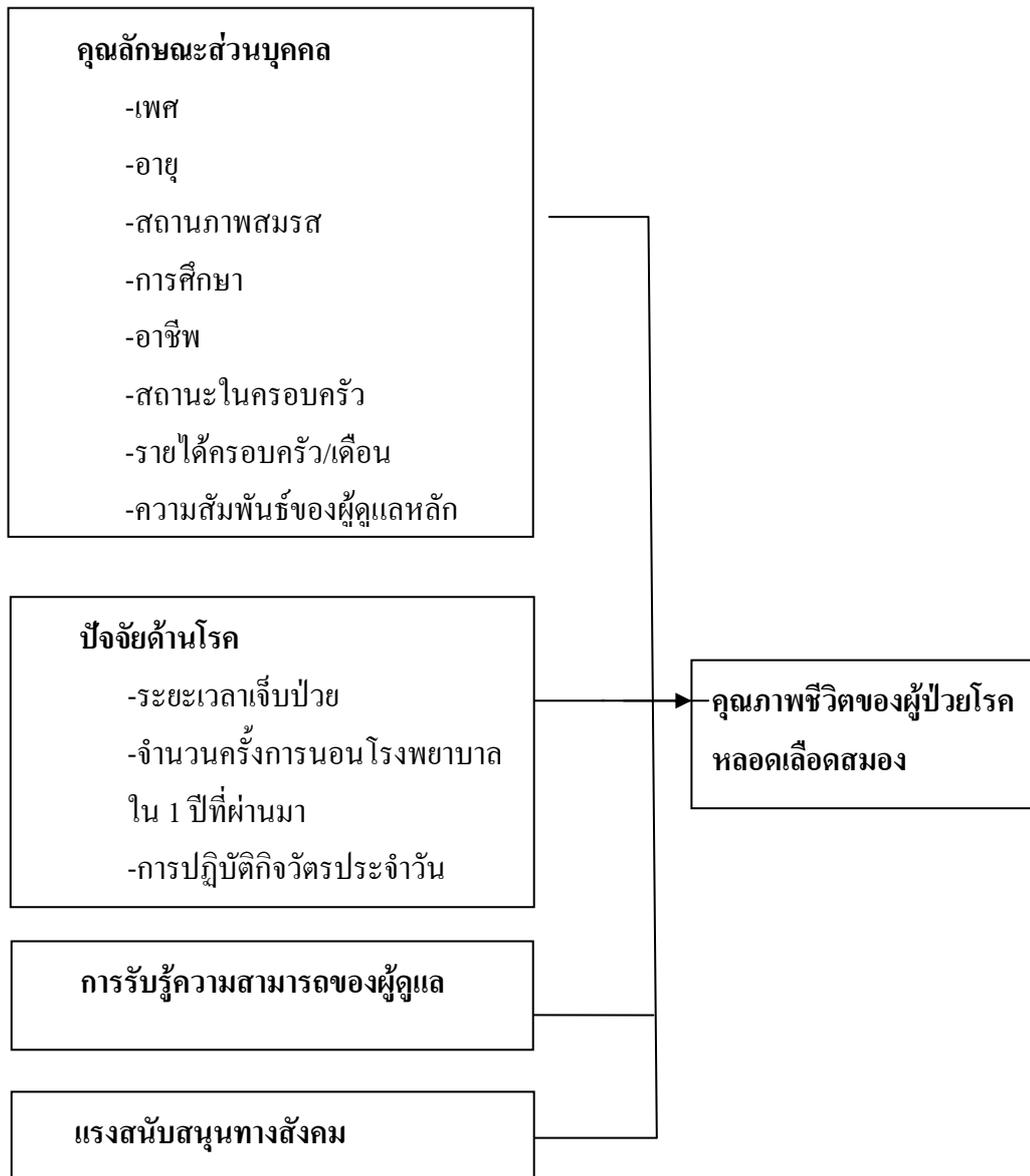
ชุตติเดช เจียนคอน⁴² ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรม การได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจมี 5 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรม การได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิต และสัมพันธภาพในครอบครัว

พัชณี นัครา³⁸ ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มอ้างอิง พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่ากลุ่มอ้างอิง ($P < 0.001$) โดยคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดในด้านร่างกาย ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งประเมินจาก WHOQOL-BREF ได้แก่ กิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน รายได้ครอบครัวเฉลี่ย รายได้ไม่เพียงพอ และสถานภาพสมรส ส่วนปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งประเมินจากวิธี Time trade off ได้แก่ กิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันรายได้ครอบครัวเฉลี่ย สาเหตุโรคจากหลอดเลือดสมอง และอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงอธิบายแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Explanatory Research) เพื่อศึกษา คุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านโรค ด้านความสามารถของผู้ดูแลกับความคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และมารับบริการที่โรงพยาบาลหลังสวน จำนวน 100 คน ผู้วิจัยเลือกใช้ประชากรในการศึกษานี้ เนื่องจากมีจำนวนไม่มาก เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 90 ชุดคิดเป็นร้อยละ 90

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ส่วน(ภาคผนวก ก) ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ สถานภาพในครอบครัว รายได้ครอบครัว/เดือน ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลัก เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านโรค ได้แก่ ระยะเวลาเจ็บป่วย จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประเมินโดยใช้ เป็นข้อคำถามแบบปลายเปิด 2 ข้อ

ในด้านระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใช้แบบประเมิน The Barthel Activity of Daily Living Index ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น โดยมี คะแนนรวม 0-100 คะแนน และมีการแบ่งคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นคะแนน ไม่ต่อเนื่องและคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วงคะแนนที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 0-20 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย
- 25-45 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
- 50-70 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
- 75-95 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก
- 100 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

ให้คะแนนตามความสามารถในการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมดังนี้

1. การรับประทานอาหาร

- 0 ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องป้อนอาหารให้ หรือรับอาหารทางสายยาง
- 5 ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร เช่น ช่วยตัดหรือหั่นอาหาร
- 10 ช่วยตัวเองได้เมื่อเตรียมอาหารวางไว้ให้

2. การเคลื่อนย้าย

- 0 ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้
- 5 ต้องมีผู้ช่วยเหลือ 1-2 คน ในการเคลื่อนย้าย นั่งทรงตัวได้
- 10 เคลื่อนย้ายได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ 1 คน คอยช่วยพยุงหรือชี้แนะ
- 15 สามารถลุกจากเตียง ที่นอน หรือเคลื่อนย้ายลงมาเก้าอี้ขึ้นและสามารถถือค้ำเก้าอี้
เงินได้

3. การเดิน การเคลื่อนที่

- 0 เคลื่อนไหวไม่ได้
- 5 สามารถใช้เก้าอี้เข็น คลาน หรือถัดได้
- 10 เดินได้โดยมีคนช่วยพยุง 1 คน
- 15 เดินได้เอง โดยอาจใช้ไม้เท้า หรือเครื่องพยุงเดิน

4. การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า

0 ไม่สามารถแต่งตัวหรือสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง

5 ต้องมีผู้ช่วยเหลือบางขั้นตอน

10 แต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้าได้

5. การอาบน้ำ เช็ดตัว

0 ไม่สามารถอาบน้ำ หรือเช็ดตัว ดูแลความสะอาดของร่างกายได้ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน

5 สามารถอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายได้ ทั้งฟอกสบู่ ตักน้ำราดตัว หรือเช็ดตัวได้
ทุกส่วน**6. สุขวิทยาส่วนบุคคล**

0 ต้องพึ่งพามุบุคคลอื่นทั้งหมดในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม หรือ โกนหนวด

5 สามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวดได้

7. การใช้ห้องสุขา หรือกระโถน

0 ต้องพึ่งพาเกี่ยวกับการเข้า-ออกห้องสุขา หรือ การสอดคั่งกระโถนรวมทั้งการถอด/ใส่เสื้อผ้า การล้างทำความสะอาดหลังการขับถ่าย

5 ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน

10 สามารถเข้า-ออก ห้องสุขา หรือการสอด-คั่งกระโถน รวมทั้งการถอด/สวมใส่เสื้อผ้า
การล้างทำความสะอาดภายหลังจากการขับถ่าย**8. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ**

0 กลั้นไม่ได้ อุจจาระราด กระปริดกระปรอย หรือท้องผูก ต้องสวนอุจจาระให้

5 กลั้นได้เป็นส่วนใหญ่ แต่อาจกลั้นไม่ได้ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

หรือต้องการความช่วยเหลือในการสวนอุจจาระ

10 กลั้นได้ และ/หรือ ต้องสวนอุจจาระแต่สามารถทำได้เอง

9. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ0 กลั้นไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย/ต้องสวนปัสสาวะหรือดูแลเมื่อคาสาย
สวนปัสสาวะให้5 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ประมาณวันละ 1 ครั้ง และต้องการความช่วยเหลือให้การสวน
ปัสสาวะ หรือดูแลเมื่อคาสายสวนปัสสาวะ10 กลั้นได้ ไม่มีปัสสาวะกระปริดกระปรอย ในกรณีที่คาสายสวนปัสสาวะสามารถดูแล
ได้เอง

10. การขึ้นลงบันได

0 ไม่สามารถทำได้

5 ต้องการคนช่วยเหลือ

10 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลเป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ จำนวน 16 ข้อ

แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ แต่ละข้อให้คะแนน

ดังต่อไปนี้

ไม่ดี	1 คะแนน
ค่อนข้างไม่ดี	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน
ดี	4 คะแนน
ดีมาก	5 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่จากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นแบบเลือกตอบ 3 ระดับ

แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ แต่ละข้อให้คะแนน

ดังต่อไปนี้

น้อย	1 คะแนน
ปานกลาง	2 คะแนน
มาก	3 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต The Short-Form-36-Health Survey (SF-36) แบ่งระดับคะแนน ดังนี้

-คะแนนของคำตอบ ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical function) จำนวน 10 ข้อ

ลำดับที่	คำตอบ	คะแนน
1	ทำไม่ได้เลย	0
2	ทำได้เล็กน้อย	1
3	ทำได้ตามปกติ	2

-คะแนนของคำตอบด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านร่างกาย (Role limitation due to physical problems) จำนวน 4 ข้อ และ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ (Role limitation due to emotional problems) จำนวน 3 ข้อ

ลำดับที่	คำตอบ	คะแนน
1	ใช่	1
2	ไม่ใช่	2

-คะแนนของคำตอบ ด้านความเจ็บปวด (pain) ที่รบกวนต่อการทำกิจกรรมทางสังคมกับครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน หรืออื่นๆ จำนวน 3 ข้อ

ลำดับที่	คำตอบ	คะแนน
1	ไม่เลย	5
2	เล็กน้อย	4
3	ปานกลาง	3
4	มากพอควร	2
5	มากที่สุด	1

-คะแนนของคำตอบ ด้านสุขภาพจิต (General mental health) ข้อ 2 , 4 , 6 , 8 และ ความกระฉับกระเฉง (Vitality) ข้อ 1 , 3 , 5 , 7 , 9

ลำดับที่	คำตอบ	คะแนน	
		ข้อ 2,3,6,7,9	ข้อ 1,4,5,8
1	ตลอดเวลา	1	6
2	เกือบตลอดเวลา	2	5
3	บ่อยครั้ง	3	4
4	บางครั้ง	4	3
5	น้อยครั้ง	5	2
6	ไม่เลย	6	1

-คะแนนของคำตอบด้านความคิดเห็นด้านสุขภาพ (General health perception) จำนวน 4 ข้อ

ลำดับที่	คำตอบ	คะแนน	
		ข้อ 1, 3	ข้อ 2, 4
1	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5
2	เห็นด้วย	2	4
3	ไม่ทราบ	3	3
4	ไม่เห็นด้วย	4	2
5	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1

การประเมินคุณภาพของเครื่องมือ

ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF 36 ฉบับแปลภาษาไทยเวอร์ชัน 2 ที่มีผู้ทดสอบ³⁷ หาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.72 – 0.86

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยส่งโครงการวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2012-084 เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติ ให้ทำการเก็บข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยชี้แจงให้ทราบในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งอธิบายถึงการรักษาความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมเชิงวิชาการ จะไม่เปิดเผยชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลังสวนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรัง ฝ่ายเวชระเบียนเพื่อขอข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในโรงพยาบาลหลังสวน

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับผู้ช่วยเก็บข้อมูล 1 คน ซึ่งผ่านการอบรมเรื่องการวิจัย และได้แจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูลที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ที่ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ผู้ดูแลหลักจะเป็นผู้ให้ข้อมูลในการตอบแบบสัมภาษณ์แทน
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมารับบริการ ผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลผู้วิจัยจะเข้าเก็บข้อมูลที่บ้าน
5. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม ระดับคุณภาพชีวิต สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Inferential Statistic) ใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ที่ระดับนัยสำคัญ 5%

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษานำเสนอเป็น 6 ส่วนดังนี้ คือ

- 4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล
- 4.2 ปัจจัยด้านโรค
- 4.3 การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล
- 4.4 แรงสนับสนุนทางสังคม
- 4.5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 4.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพรเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยมีสัดส่วนเพศชายต่อหญิง 3:2 อายุเฉลี่ย 67.09 ปี ร้อยละ 44.4 อยู่ในช่วงอายุ 71-90 ปี รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 51-70 ปี ร้อยละ 38.9 มีสถานภาพสมรสคู่ และหม้ายร้อยละ 58.9 และ 37.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.7 จบมัธยมศึกษาเพียงร้อยละ 10.0 ยังคงประกอบอาชีพอยู่ ร้อยละ 40.0 และร้อยละ 52.2 มีสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัว มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 12,000 บาท ประมาณ 1 ใน 3 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นคู่สมรสและบุตร ร้อยละ 48.9 และ 42.2 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คน จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		53	58.9
หญิง		37	41.1
อายุ(ปี)			
30-50		14	15.6
51-70		35	38.9
71-90		40	44.4
>90		1	1.1
อายุเฉลี่ย 67.09ปี มัธยฐาน 70ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.37 อายุต่ำสุด 33 ปี อายุสูงสุด 92 ปี			
สถานภาพสมรส			
โสด		3	3.3
คู่		53	58.9
หม้าย		34	37.8
การศึกษา			
ไม่ได้ศึกษา		5	5.6
ประถมศึกษา		69	76.7
มัธยมศึกษา		9	10.0
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า		3	3.3
ปริญญาตรี		4	4.4
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ		54	60.0
ประกอบอาชีพ		36	40.0
สถานภาพในครอบครัว			
หัวหน้าครอบครัว		47	52.2
ผู้อาศัย		43	47.8

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คน จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ครอบครัวต่อเดือน(บาท)		
<5,000	30	33.3
5,001-10,000	19	21.1
10,000-15,000	14	15.6
15,001-20,000	19	21.1
>20,000	8	8.9
ค่าเฉลี่ย=12,000 บาท มัธยฐาน=9,000 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน= 8,485.18		
ผู้ดูแลหลัก		
สามีหรือภรรยา	44	48.9
บุตร	38	42.2
อื่นๆ	8	8.9

ส่วนที่ 4.2 ปัจจัยด้านโรค

4.2.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา

พบว่า ร้อยละ 64.4 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่า 5 ปีและร้อยละ 55.5 ไม่เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 26.7 เคยพักรักษาตัว 1 ครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คน จำแนกตามปัจจัยด้านโรค

ปัจจัยด้านโรค	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการป่วย(ปี)		
< 5	58	64.4
6-10 ปี	26	28.9
11-20 ปี	6	6.7

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คน จำแนกตามปัจจัยด้านโรค (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย=5.27ปี มัชยฐาน=4.00ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=3.92		
การพักรักษาตัวใน ร.พ. ใน 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	50	55.5
1 ครั้ง	24	26.7
2 ครั้ง	9	10.0
3 ครั้งหรือมากกว่า	7	7.8

4.2.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ร้อยละ 45.6 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด รองลงมาสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก ร้อยละ 23.3 และมีผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย ร้อยละ 16.7 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ทำได้ด้วยตนเองทั้งหมด	100	41	45.6
ทำเองได้มาก	75-95	21	23.3
ทำเองได้ปานกลาง	50-70	8	8.9
ทำเองได้เล็กน้อย	25-45	5	5.5
ไม่สามารถทำเองได้เลย	0-20	15	16.7

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกรายข้อ

เมื่อพิจารณาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละหัวข้อที่ประเมินพบว่ากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้มากที่สุดคือ การรับประทานอาหาร สามารถช่วยตัวเองได้เมื่อเตรียมอาหารไว้ให้ ร้อยละ 73.3 รองลงมา มี 3 ด้าน คือ การเคลื่อนย้ายโดยผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียง ที่นอน หรือเคลื่อนย้ายลงมาเก้าอี้เช่นสามารถลื้อคเก้าอี้เช่นได้ ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ผู้ป่วยสามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวดได้ และ ด้านการควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะ คือสามารถกลั้นได้ ไม่มีปัสสาวะกระปริดกระปรอย ในกรณีคาสาขสวณปัสสาวะสามารถดูแลตัวเอง ซึ่งทั้ง 3 ด้านนี้ ปฏิบัติได้ร้อยละ 70.0 เท่ากัน

ส่วนกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้น้อย คือ การขึ้นลงบันได สามารถขึ้นลงได้เองร้อยละ 57.8 รองลงมาคือ การแต่งตัวสามารถแต่งตัวสวมเสื้อผ้าได้ร้อยละ 62.2 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันรายข้อ

กิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
การรับประทานอาหาร		
ได้เอง ต้องป้อนอาหารให้ หรือรับอาหารทางสายยาง	12	13.3
ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร เช่น ช่วยตัดหรือหั่นอาหาร	12	13.3
ช่วยตัวเองได้เมื่อเตรียมอาหารวางไว้ให้	66	73.4
การเคลื่อนย้าย		
ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้	9	10
ต้องมีผู้ช่วยเหลือ 1-2 คน ในการเคลื่อนย้าย นั่งทรงตัวได้	10	11.1
เคลื่อนย้ายได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ 1 คน คอยช่วยพยุงหรือชี้แนะ	13	14.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันรายชื่อ (ต่อ)

กิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
สามารถลุกจากเตียง ที่นอน หรือเคลื่อนย้ายลงมาเก้าอี้แข็งและสามารถถือค้ำเก้าอี้แข็งได้	58	64.5
การเดินการเคลื่อนที่		
เคลื่อนไหวไม่ได้	14	15.6
สามารถใช้เก้าอี้แข็ง คลาน หรือถัดได้	2	2.2
เดินได้โดยมีคนช่วยพยุง 1 คน	11	12.2
เดินได้เอง โดยอาจใช้ไม้เท้า หรือเครื่องพยุงเดิน	63	70
การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า		
ไม่สามารถทำได้เอง	20	22.2
ต้องมีผู้ช่วยเหลือบางขั้นตอน	14	15.6
ทำได้ด้วยตนเอง	56	62.2
การอาบน้ำ เช็ดตัว		
ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน	28	31.1
ทำได้ด้วยตนเอง	62	68.9
สุขวิทยาส่วนบุคคล		
ต้องพึ่งพามุบุคคลอื่นทั้งหมดในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม หรือ โกนหนวด	27	30
ไม่ต้องพึ่งพามุบุคคลอื่นในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม หรือ โกนหนวด	63	70
การใช้ห้องสุขา หรือกระโถน		
ต้องพึ่งพาเกี่ยวกับการเข้า-ออกห้องสุขา หรือ การสอดดึงกระโถน		
รวมทั้งการถอด/ใส่เสื้อผ้า การล้างทำความสะอาดหลังการขับถ่าย	22	24.4
ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน	11	12.2

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันรายข้อ (ต่อ)

กิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
สามารถเข้า-ออก ห้องสุขา หรือการสอด-ดึงกระโถน รวมทั้งการถอด/สวมเสื้อผ้าการล้างทำความสะอาดภายหลังจากการขับถ่าย	57	63.4
การควบคุมการถ่ายอุจจาระ		
กลั้นไม่ได้ อุจจาระราด กระปริดกระปรอย หรือท้องผูก ต้องสวนอุจจาระให้	16	17.8
กลั้นได้เป็นส่วนใหญ่ แต่อาจกลั้นไม่ได้ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือต้องการความช่วยเหลือในการสวนอุจจาระ	10	11.1
กลั้นได้ และ/หรือ ต้องสวนอุจจาระแต่สามารถทำได้เอง	64	71.1
การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ		
กลั้นไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย/ต้องสวนปัสสาวะหรือดูแลเมื่อคาสายสวนปัสสาวะให้	20	22.2
กลั้นปัสสาวะไม่ได้ประมาณวันละ 1 ครั้ง และต้องการความช่วยเหลือให้การสวนปัสสาวะ หรือดูแลเมื่อคาสายสวนปัสสาวะ	7	7.8
กลั้นได้ ไม่มีปัสสาวะกระปริดกระปรอย ในกรณีคาสายสวนปัสสาวะสามารถดูแลได้เอง	63	70
การขึ้นลงบันได		
ไม่สามารถทำได้	23	25.5
ต้องการคนช่วยเหลือ	15	16.7
ขึ้นลงได้เอง	52	57.8

4.2.3 สุขภาพในปัจจุบันและเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา

จากการสอบถามความคิดเห็นต่อสุขภาพความคิดเห็นต่อสุขภาพในปัจจุบันพบว่าร้อยละ 37.8 คิดว่าสุขภาพดี และร้อยละ 28.9 มีความคิดเห็นว่าสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อเปรียบเทียบสถานะสุขภาพปัจจุบันที่ผ่านมามีพบว่าร้อยละ 35.6 คิดว่าอยู่ในระดับเดียวกัน แต่ร้อยละ 22.2 ให้ความเห็นว่าสุขภาพแยกว่าปีที่แล้วเล็กน้อย ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามความคิดเห็นต่อสุขภาพในปัจจุบันและเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา

ความคิดเห็นต่อสุขภาพ	ดีเยี่ยม/ดีขึ้น	ดีมาก/ดีขึ้น	ดี/พอๆกับ	พอใช้/แย่กว่า	แย่/แย่มาก
	มาก	เล็กน้อย	ปีก่อน	เล็กน้อย	มาก
สุขภาพในปัจจุบัน	2.2	15.6	37.8	28.9	15.6
สุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่แล้ว	18.9	16.7	35.6	22.2	6.7

ส่วนที่ 4.3 การรับรู้ในความสามารถของผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 32.2 ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล

ระดับการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
สูง	60	66.7
ปานกลาง	29	32.2
ต่ำ	1	1.1

การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเมื่อจำแนกรายข้อพบว่า อยู่ในระดับใกล้เคียงกันตามคะแนนเฉลี่ย ข้อที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่าเป็นการดูแลที่ดีที่สุดคือ การดูแลเรื่องการรับประทานยา รองลงมาคือ การจัดสถานที่ให้เหมาะกับการนอนหลับพักผ่อน ส่วนข้อที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่าเป็นการดูแลยังไม่ดีที่สุดคือ การฝึกพูด เขียน หรือการสื่อสารกับผู้อื่น และการฝึกให้อาหารด้วยวิธีที่ไม่ถนัด รายละเอียดดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คน จำแนกตามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลรายข้อ

การดูแล	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ค่อนข้างไม่ดี	ไม่ดี	Mean	S.D
1.การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ	22.2	56.7	17.8	2.2	1.1	3.98	0.792
2.การช่วยเหลือและแก้ปัญหาในเรื่องการขับถ่าย	16.7	60	17.8	3.3	2.2	3.86	0.815
3.การช่วยเหลือ ทำความสะอาดร่างกาย ปากและฟัน	20	53.3	24.4	1.1	1.1	3.9	0.756
4.การจัดสถานที่ให้เหมาะสมกับการนอนหลับพักผ่อน	25.6	50	22.2	2.2	0	3.99	4.07
5.การดูแลเรื่องการรับประทานยา	28.9	51.1	17.8	1.1	1.1	4.07	0.804
6.การดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุการพลัดตก หกล้ม	21.1	58.9	15.6	4.4	0	3.97	0.741
7.การดูแลเพื่อป้องกันการสำลักอาหาร	16.7	65.6	14.4	2.2	1.1	3.94	0.708
8.การดูแลป้องกันการติดเชื้อ	24.5	51.1	20	4.4	0	3.96	0.791
9.การช่วยเหลือออกกำลังแขนขาที่อ่อนแรง	18.9	38.9	30	10	2.2	3.62	0.978
10.การช่วยเหลือกระตุ้นให้ออกกำลังกาย	20	38.9	32.2	7.8	1.1	3.7	0.941
11.การฝึกพูด เขียน หรือการสื่อสารกับผู้อื่น	16.7	40	31.1	7.8	4.4	3.57	1.066
12.การฝึกใช้วชิระด้านที่ไม่ถนัด	15.6	40	32.2	11.1	1.1	3.58	0.924
13.การพูดคุยให้กำลังใจ	21.1	55.6	18.9	4.4	0	3.93	0.761
14.การช่วยเหลือให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	12.2	53.3	30	4.4	0	3.73	0.731

ตารางที่ 4.7 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คน จำแนกตามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลรายข้อ (ต่อ)

การดูแล	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ค่อนข้างไม่ดี	ไม่ดี	Mean	S.D
15.การดูแลในการพักผ่อนหย่อนใจ	16.7	53.3	26.7	3.3	0	3.83	0.738
16.การรับฟังให้ผู้ป่วยระบายความเครียดหรือความวิตกกังวล	11.1	46.7	34.4	5.6	2.2	3.59	0.847

ส่วนที่ 4.4 แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม คือการได้รับความช่วยเหลือโดยรวมจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจากเพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท ชุมชน โดยมีการสนับสนุนในระดับสูงร้อยละ 78.9 50.0 และ 30.0 ตามลำดับ การที่แรงสนับสนุนทางสังคมที่สูงมาจากคนในครอบครัวเนื่องจากผู้ดูแลหลักเป็นสามี ภรรยา และ บุตร มีความใกล้ชิด และมีผลต่อตัวผู้ป่วยมากที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คน จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แรงสนับสนุนทางสังคม	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
จากบุคคลในครอบครัว	78.9	18.9	2.2
จากเพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท ชุมชน	30.0	66.7	3.3
จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	50.0	43.3	6.7

ส่วนที่ 4.5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.5.1 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลางร้อยละ 51.2 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 32.1 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
สูง (100-135 คะแนน)	15	16.7
ปานกลาง (63-99 คะแนน)	46	51.2
ต่ำ (25-62 คะแนน)	29	32.1

Mean = 75.66 , Median = 69.00 , S.D = 22.535 , Min = 31 , Max = 134

4.5.2 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆจำแนกรายข้อ

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆจำแนกรายข้อ พบว่า กิจกรรมที่ทำไม่ได้เลยมากที่สุดได้แก่ กิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น วิ่ง ยกของหนัก รองลงมาคือ เดินระยะทางประมาณ 1 กิโลเมตรและเดินระยะทางมากกว่า 1.5 กิโลเมตร ทำไม่ได้เลยร้อยละ 44.4 และ 43.3 ตามลำดับ

กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำได้ปกติมากที่สุด คือ การอาบน้ำหรือแต่งตัวเอง รองลงมาคือ ก้มลงหยิบของหรือคุกเข่า ทำได้ปกติร้อยละ 51.1 และ 43.3 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามคุณภาพชีวิต ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นรายข้อ

กิจกรรม	ร้อยละ		
	ทำไม่ได้เลย	ทำได้เล็กน้อย	ทำได้ปกติ
1. กิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น วิ่ง ยกของหนัก	44.4	36.7	18.9
2. กิจกรรมที่ออกแรงปานกลาง เช่น เคลื่อนย้ายโต๊ะ เก้าอี้ กวาดถูบ้าน	32.2	38.9	28.9
3. ยกหรือหิ้วของเวลาอยู่ในบ้านหรือออกไปซื้อของข้างนอก	32.2	34.4	33.3
4. ขึ้นบันไดมากกว่า 2 ชั้น เช่น เดินขึ้นบันไดจากชั้น 1 ไปชั้น 3	42.2	23.3	34.4
5. ขึ้นบันได 1 ชั้น (จากชั้น 1 ไปชั้น 2)	36.7	24.4	38.9
6. ก้มลงหยิบของหรือคุกเข่า	34.4	22.2	43.3
7. เดินระยะทางมากกว่า 1.5 กิโลเมตร	43.3	30.0	26.7

ตารางที่ 4.10 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามคุณภาพชีวิต ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นรายชื่อ (ต่อ)

กิจกรรม	ร้อยละ		
	ทำไม่ได้ เลย	ทำได้ เล็กน้อย	ทำได้ ปกติ
8. เดินระยะทางประมาณ 1 กิโลเมตร หรือประมาณ 2-3 ป้ายรถเมล์	43.3	26.7	30
9. เดินระยะทางประมาณ 200-300 เมตรหรือประมาณ 1 ป้ายรถเมล์	31.1	28.9	40
10. อาบน้ำหรือแต่งตัวเอง	24.4	24.4	51.1

4.5.3 ปัญหาในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอันเนื่องมาจากสุขภาพร่างกาย

สุขภาพทางร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดปัญหาในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันในทุกข้อคำถาม โดยร้อยละ 83.3 ระบุว่าทำให้ทำงานเสร็จน้อยกว่าที่เคยทำมา ขณะที่ร้อยละ 82.2 เห็นว่าการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันทำได้ลำบากกว่าเดิม ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามปัญหาในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันอันเนื่องมาจากสุขภาพกาย

ปัญหาสุขภาพกาย	ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ทำให้ใช้เวลาทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง	68	75.6
2. ทำให้ทำงานเสร็จน้อยกว่าที่เคยทำ	75	83.3
3. ทำให้ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันบางอย่างที่เคยทำไม่ได้	70	77.8
4. ทำให้ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้ลำบากกว่าเดิม เช่น ต้องใช้ความพยายามมากขึ้นหรือใช้แรงมากขึ้น	74	82.2

4.5.4 ปัญหาในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านจิตใจหรืออารมณ์

พบว่าปัญหาทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดปัญหาในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันโดยร้อยละ 75.6 ตอบว่าทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้

น้อยลงและไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมต่างๆได้อย่างละเอียดเหมือนปกติ และร้อยละ 74.4 ระบุว่าทำงานให้ทำงานเสร็จน้อยกว่าที่เคยทำ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามปัญหาในการทำงานหรือ กิจกรรมประจำวันอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านจิตใจหรืออารมณ์

ปัญหาทางสุขภาพด้านจิตใจหรืออารมณ์	ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ทำให้ใช้เวลาทำงานหรือกิจกรรมประจำวันได้น้อยลง	68	75.6
2. ทำให้ทำงานเสร็จน้อยกว่าที่เคยทำได้	67	74.4
3. ทำให้ไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมต่างๆได้อย่างละเอียดเหมือนปกติ	68	75.6

4.5.5 ปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายหรือจิตใจที่รบกวนต่อการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน

ปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย หรือทางด้านจิตใจของผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีผลรบกวนต่อการทำกิจกรรมทางสังคมของตนเองกับครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน หรือคนอื่น ๆ มากพอควรร้อยละ 34.4 มีอาการเจ็บปวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมากพอควรร้อยละ 40.0 และความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นรบกวนการทำงาน (ทั้งงานนอกบ้านและงานบ้าน)มากที่สุดร้อยละ 34.4 รายละเอียดดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนจำแนกตามการรบกวนต่อการทำกิจกรรมทางสังคมกับครอบครัวเพื่อนฝูงเพื่อนบ้านอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายหรือจิตใจ

ปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายหรือทางด้านจิตใจในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ร้อยละ				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มากพอควร	มากที่สุด
มีผลรบกวนต่อการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยกับครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน หรือคนอื่น ๆ	18.9	12.2	24.4	34.4	10.0
อาการเจ็บปวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผู้ป่วย	8.9	23.3	23.3	40.0	4.4
ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รบกวนการทำงาน (ทั้งงานนอกบ้านและงานบ้าน) ของผู้ป่วย	12.2	21.1	17.8	14.4	34.4

4.5.6 ความรู้สึกในด้านต่างๆที่เกิดขึ้นในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งพบเกือบตลอดเวลา และตลอดเวลาคือความรู้สึกท้อใจ และเศร้าสร้อย ซึมเศร้าและเต็มไปด้วยความทุกข์ เหนื่อยล้าในชีวิต ร้อยละ 37.7 35.5 และ 30 ตามลำดับ ส่วนความรู้สึกที่พบน้อย และที่ไม่พบเลยเป็นความรู้สึกเต็มไปด้วยพลัง มีความตื่นตัวมาก มีความสุขดี สดชื่นกระปรี้กระเปร่า และสุขสงบ ร้อยละ 37.8 35.6 31.1 และ 28.9ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ร้อยละความบ่อยในการเกิดความรู้สึกต่างๆ ในรอบ 1 เดือนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คน

ความรู้สึก	ร้อยละ					
	ตลอดเวลา	เกือบตลอดเวลา	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่เลย
สดชื่นกระปรี้กระเปร่า	10.0	14.4	11.1	33.3	23.3	7.8
ตื่นตกใจหรือเสียใจง่าย	2.2	3.3	32.2	40.0	13.3	8.9
ซึมเศร้าหรือเต็มไปด้วยความทุกข์	14.4	21.1	31.1	25.6	4.4	3.3
สุขสงบ	10.0	16.7	14.4	30.0	22.2	6.7
เต็มไปด้วยพลัง มีความตื่นตัวมาก	8.9	11.1	15.6	26.6	25.6	12.2
ท้อใจและเศร้าสร้อย	14.4	23.3	23.3	30.0	6.7	2.3
เหนื่อยล้าในชีวิต	14.4	15.6	32.2	23.3	10.0	4.4
มีความสุขดี	14.4	13.3	20.0	16.7	25.6	10.0
เหน็ดเหนื่อย	9.8	16.7	23.3	36.7	11.1	4.4

4.5.7 ผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อการเข้าร่วมงานสังคมและเพศสัมพันธ์

นอกจากผลต่อสุขภาพตนเองและต่ออาชีพหรือการงานแล้ว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังระบุว่า การเจ็บป่วยมีผลทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมงานสังคมเลยร้อยละ 33.3 ขณะที่ มีเพียงร้อยละ 17.8 คิดว่าไม่กระทบต่อการเข้าร่วมงานสังคม

ส่วนผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์นั้นร้อยละ 17.8 ระบุว่าไม่มีผลกระทบ แต่ร้อยละ 67.8 ตอบว่าไม่ทราบเพราะไม่มีเพศสัมพันธ์เลย

4.5.8 ความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเอง

ในด้านคำถามที่เกี่ยวกับความรู้สึกต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ารู้สึกเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าเจ็บป่วยง่ายกว่าคนอื่น ๆ คาดว่าสุขภาพของตัวเองจะแย่ลง ร้อยละ 65.6 และ 56.7 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามีสุขภาพดีเยี่ยม และสุขภาพดีพอๆกับคนอื่น ร้อยละ 57.8 และร้อยละ 34.3 รายละเอียดดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คน จำแนกตามความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเอง

ความรู้สึกต่อสุขภาพ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ ทราบ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
เจ็บป่วยง่ายกว่าคนอื่น ๆ	15.6	50.0	6.7	14.4	13.3
มีสุขภาพดีพอ ๆ กับคนอื่น ๆ	5.5	46.7	13.5	21.0	13.3
คาดว่าสุขภาพของตัวเองจะแย่ลง	8.9	47.8	14.4	18.9	10.0
สุขภาพดีเยี่ยม	12.2	21.1	8.9	46.7	11.1

4.5.9 จากผลการศึกษาพบว่า ผลกระทบของการเจ็บป่วยต่ออาชีพหรืองาน

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ส่งผลกระทบต่ออาชีพหรืองานหรือเงินเดือนหรือรายได้ของผู้ป่วยเนื่องจากไม่ได้ทำงานแล้วร้อยละ 66.7 ส่วนผู้ป่วยที่สามารถทำงานได้ตามปกติทำงานเดิมแต่ประสิทธิภาพน้อยลงและ ยังไม่สามารถกลับไปทำงานได้ มีเพียงร้อยละ 10 และ 11.1 ดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คน จำแนกตามผลกระทบต่ออาชีพหรืองานที่ได้รับเงินเดือนหรือรายได้

ผลกระทบต่ออาชีพหรืองานที่ได้รับเงินเดือนหรือรายได้	ร้อยละ
ทำงานได้เป็นปกติ	11.1
ทำงานเดิมแต่ประสิทธิภาพน้อยลง	11.1
ต้องเปลี่ยนงานหรืออาชีพหรือตำแหน่งงาน	1.1
ยังไม่สามารถกลับไปทำงานได้	10.0
ปัจจุบันไม่ได้ทำงานแล้ว	66.7

ส่วนที่ 4.6 คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยด้านโรคกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.6.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกันเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันในทางด้านเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ผู้ดูแลหลัก ส่วนปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้าน (p value .004, <.001 และ.031 ตามลำดับ)

ผู้ป่วยในกลุ่มอายุน้อยจะมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุมาก โดยกลุ่มอายุ 30-50 ปี มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ การที่คนอายุน้อยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มสูงอายุอันเนื่องมาจากคนอายุน้อยมีศักยภาพในการฟื้นฟูร่างกายได้รวดเร็ว ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมีน้อยกว่าผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัวมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่เป็นผู้อาศัย การที่ผู้ประกอบอาชีพ และเป็นหัวหน้าครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า เป็นผลมาจากการที่เป็นกำลังหลักของครอบครัว หารายได้ การประกอบอาชีพทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัวทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับผลงานวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คุณลักษณะส่วนบุคคล ของผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย	คุณภาพชีวิต		p-value
		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
เพศ				0.085
ชาย	53	79.08	21.84	
หญิง	37	70.76	22.92	
กลุ่มอายุ				.004*
30-50	14	89.21	20.63	
51-70	25	79.28	25.22	
>70	41	67.92	17.72	
สถานภาพสมรส				0.164
โสด	3	66.67	1.53	
คู่	53	79.32	25.66	

ตารางที่ 4.17 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล ของผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย	คุณภาพชีวิต		p-value
		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
หม้าย หย่า แยก	34	70.91	16.62	0.051
การศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	5	56.8	5.54	
ประถมศึกษา	69	74.09	20.38	
มัธยมศึกษา	9	90.89	34.59	
อนุปริญญาหรือ เทียบเท่า	3	88.33	16.50	
ปริญญาตรี	4	82.5	25.80	<.001
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	54	67.78	16.31	
ประกอบอาชีพ	36	87.47	25.48	.031*
สถานภาพในครอบครัว				
หัวหน้า	47	80.53	21.45	
ผู้อาศัย	43	70.32	22.68	0.919
รายได้				
< 5000	30	73.4	21.83	
5001-10000	19	75.84	21.98	
10001-15000	14	76.86	15.18	
15001-20000	19	79.32	24.13	
>20000	8	72.88	35.28	0.284
ผู้ดูแลหลัก				
สามีหรือภรรยา	44	79.52	24.42	
บุตร	38	71.87	21.93	
อื่นๆ	8	72.58	8.25	

4.6.2 ปัจจัยด้านโรคกับคุณภาพชีวิต

เมื่อทำการเปรียบเทียบปัจจัยด้านโรคกับคุณภาพชีวิตพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) โดยผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจะมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุด รองลงมาคือสามารถปฏิบัติได้มาก ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลยจะมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด ส่วนระยะเวลาการป่วยและระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกันและระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตจำแนกตามปัจจัยด้านโรค

ปัจจัยด้านโรค	จำนวนผู้ป่วย	คุณภาพชีวิต		p-value
		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
ระยะเวลาการป่วย(ปี)				0.107
< 5	58	79.07	22.76	
6-10 ปี	26	67.85	19.84	
11-20 ปี	6	76.50	26.70	
การพักรักษาตัวใน รพ.				0.261
ไม่เคย	50	75.90	21.22	
เคย 1 ครั้ง	24	80.13	24.51	
เคยมากกว่า 1 ครั้ง	16	68.19	23.01	
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				<.001
ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย	15	52.93	11.30	
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย	5	65.20	6.30	
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง	8	61.00	17.87	

ตารางที่ 4.18 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตจำแนกตามปัจจัยด้านโรค (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน		คุณภาพชีวิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value
	ผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ย		
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ต่อ)				
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้				
มาก	21	77.14	15.82	
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้				
ด้วยตนเอง	41	87.34	32.56	

4.6.3 การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล (P-value .002) รายละเอียดดังตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่าง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คน

คุณภาพชีวิต	Pearson correlation (r)	p-value
-การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล	.298	.002
-การสนับสนุนทางสังคม	.001	.497

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนเมื่อนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ถดถอยพหุ โดยใช้ Backward Multiple Regression เพื่อหาว่าปัจจัยใดที่จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่ออายุเพิ่มขึ้นระดับคุณภาพชีวิตจะต่ำลง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้นำครอบครัวจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็น ผู้ป่วยที่มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สูงมีคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูง ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนจากคนในครอบครัว และ จากเพื่อนบ้าน และ ชุมชนระดับสูงจะมีระดับคุณภาพชีวิตสูง ในทางกลับกันการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสูงทำให้ระดับคุณภาพชีวิตต่ำลง มีผลมาจากกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี

องค์ประกอบส่วนบุคคลด้าน โรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลายโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไตวาย การเป็นผู้พิการจากภาวะหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า การที่มีบุคลากรทางด้าน สาธารณสุขเข้าไปดูแลเยี่ยมเยียนให้ คำปรึกษา อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความกดดันต่อการเจ็บป่วย ที่มีโรครวม ขาดความเป็นส่วนตัว รู้สึกเป็นภาระจากการที่เดิมที่สามารถที่จะพึ่งพาตนเองได้ เป็นสาเหตุ ทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงได้ซึ่งต้องศึกษารายละเอียดเชิงลึกต่อไป รายละเอียดตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คน

	Unstandardized		Beta*	p-value	95% CI for B	
	B	SE(B)			LB	UB
(Constant)	29.24	18.74		0.123	-8.043	66.514
อายุ(ปี)	-0.25	0.15	-0.15	0.084	-0.544	0.035
ผู้นำครอบครัว**	8.84	3.54	0.20	0.014	1.802	15.868
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0.29	0.05	0.46	0.000	0.186	0.387
การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล	11.09	3.24	0.29	0.001	4.644	17.545
แรงสนับสนุนจากคนในครอบครัว						
เพื่อนบ้าน ชุมชน	7.41	4.13	0.15	0.076	-0.795	15.619
แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	-8.85	3.11	-0.22	0.006	-15.043	-2.662

R square =0.556

Adj. R square=0.524

SE of the estimate=15.549

* Standardized Coefficients

** 0= 'ไม่ใช่' 1= 'ใช่'

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ประชากรที่ศึกษาได้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และมารับบริการที่โรงพยาบาลหลังสวน จำนวน 90 คน สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

5.1 คุณลักษณะประชากร

จากการศึกษาพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลของประชากรที่ศึกษาสอดคล้องกับการเกิดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ คือพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงอยู่ในวัยสูงอายุ⁽⁸⁾ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงถึงร้อยละ 72⁽⁹⁾ ทั้งนี้เนื่องจากในผู้สูงอายุจะเกิดความเสื่อมของหลอดเลือด และ เพศชายมีปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองคือการสูบบุหรี่และดื่มสุรามากกว่าเพศหญิง

5.2 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.2 และระดับต่ำร้อยละ 31.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิมินตรี บัวเหลือง⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่มารับบริการที่ศูนย์สิรินธรอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 91.3 และ อภรณ์ รัตนวิจิตร⁽⁸⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยมีเวลาในการปรับตัวน้อยและเป็นโรคที่ทำให้เกิดความพิการได้มาก⁽¹²⁾ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากคุณภาพชีวิตมีผลมาจากหลายๆเหตุการณ์ เช่นสภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพกับครอบครัวและบุคคลอื่น การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁴⁰⁾ ดังผลการวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง จนถึงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย ร้อยละ 31.2 ส่วนใหญ่แล้วสุขภาพทางร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดปัญหาในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันรวมทั้งในด้านจิตใจหรืออารมณ์ ผู้ป่วยจะ

ความรู้สึกซึมเศร้าหรือเต็มไปด้วยความทุกข์ (ร้อยละ 31.1 เกิดขึ้นบ่อยครั้ง) ความรู้สึกเหนื่อยล้าในชีวิต (ร้อยละ 32.2 เกิดขึ้นบ่อยครั้ง)

5.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง

5.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอหลังสวน สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐเศรษฐ์ มนินนากรและคณะ⁴⁰ และแตกต่างจากผลการวิจัยของ อารณีย์ รัตนวิจิตร⁹ ที่พบว่าเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอหลังสวนส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 71-90 ปี ซึ่งเป็นวัยสูงอายุภาระหน้าที่ของเพศหญิงและชายจึงไม่แตกต่างกัน มีการดำเนินชีวิตในลักษณะใกล้เคียงกัน คุณภาพชีวิตจึงไม่ต่างกัน

อายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอหลังสวน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.004$) โดยพบว่ากลุ่มอายุที่แตกต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยอายุน้อยที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธนิ นครา³⁸ ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากวัยสูงอายุถือเป็นระยะสุดท้ายของพัฒนาการแห่งชีวิต การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจมักเป็นไปในทางที่เสื่อมลง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะมีความพิการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย ยิ่งอายุมากขึ้น เกิดความเสื่อมมากขึ้น

สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อภินทรี บัวเหลือง⁴¹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่มารับบริการที่ศูนย์สิรินธรไม่ว่าจะอยู่ในสถานภาพใดมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือ แบ่งเบาภาระ ดูแลรับความเครียด และความวิตกกังวลทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอหลังสวนพบว่าส่วนมากผู้ดูแลได้แก่สามีหรือภรรยา ร้อยละ 48.9

การศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.051$) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.7 ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับการศึกษาเดียวกันคือ ระดับประถมศึกษา อีกทั้งเมื่อพิจารณา

คุณลักษณะส่วนบุคคลอื่น เช่น การประกอบอาชีพกับการไม่ประกอบอาชีพ การเป็นหัวหน้าครอบครัวกับเป็นผู้อาศัย พบว่าใกล้เคียงกัน การศึกษาจึงไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

อาชีพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) โดยพบว่าผู้ที่มีอาชีพมีคุณภาพชีวิตในระดับสูงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาชีพ ทั้งนี้เนื่องจาก การประกอบอาชีพก่อให้เกิดรายได้ ทำให้มีความภูมิใจในตนเองและลดความเครียดจากการต้องพึ่งพาการเงินจากผู้อื่น

สถานะในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .031$) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีสถานะหัวหน้าครอบครัวจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูงร้อยละ 80.5 มากกว่าผู้อาศัยซึ่งมีเพียงร้อยละ 70.35 ทั้งนี้เนื่องจากหัวหน้าครอบครัว เป็นที่พึ่ง ได้รับการเคารพและยกย่องจากสมาชิกในครอบครัว จึงรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ประสิทธิภาพ และคุณค่าของบุคคล

รายได้ครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผลการศึกษานี้แตกต่างกับ พัชรินทร์³⁸ ที่พบว่า รายได้ครอบครัวเฉลี่ยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษารายได้ของครอบครัว ไม่ได้ศึกษารายได้ของผู้ป่วยเอง รวมทั้งผู้ป่วยส่วนมากเป็นวัยสูงอายุซึ่งไม่มีรายได้ของตัวเองอยู่แล้วจึงไม่มีความรู้สึกต่อการสูญเสียรายได้จากความเจ็บป่วย ประกอบกับการได้รับการดูแลที่ดี การเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายโดยไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาทำให้รายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ผู้ดูแลหลัก ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เพราะในการศึกษานี้ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยา รองลงมาคือบุตร ซึ่งบุคคลทั้งสองกลุ่มนี้ต่างมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจึงไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

5.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโรคกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะเวลาการป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต คือ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยน้อยกว่า 5 ปี มีจำนวนร้อยละ 64.4 แต่ในการศึกษาของพัชรินทร์³⁸ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยนานจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงสอดคล้องกับที่พบว่าการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลงและมีการสูญเสียระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ จึงต้องปรับตัวให้อยู่ได้กับสภาพความพิการที่เกิดขึ้นหลังเจ็บป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรค⁴¹ ในระยะแรกผู้ป่วยอาจมี

ความหวังในการกลับสู่สภาพปกติแต่เมื่อเจ็บป่วยในระยะเวลาอันนานขึ้นก็อาจเกิดความท้อแท้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลง

จำนวนครั้งการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้เนื่องจาก ในประชากรที่ศึกษาร้อยละ 55.5 ไม่เคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเลย มีเพียงร้อยละ 7.9 เท่านั้นที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งส่วนมากเกิดจากสาเหตุอื่นเช่น ท้องเสีย ไข้ ซึ่งไม่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรีย์ นัครา³⁸ ที่พบว่าคะแนนกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้การประกอบกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันเป็นสิ่งที่บ่งถึงการพึ่งพาผู้อื่น เมื่อมีข้อจำกัดทำให้มีผลต่อการดูแลตนเองและความผาสุกในชีวิต ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงจะมีการสูญเสียคุณภาพชีวิตมาก ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ดังนั้นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ระดับความสามารถของผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิต

การรับรู้ระดับความสามารถของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โรงพยาบาลหลังสวนได้จัดให้โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในโรคหลักจึงมีทีมดูแล มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จึงมีผลทำให้ระดับความสามารถของผู้ดูแลอยู่ในระดับดี ส่วนความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดังจะเห็นได้ว่าร้อยละ 16.7 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย ร้อยละ 14.5 สามารถปฏิบัติได้เล็กน้อยถึงปานกลาง ดังนั้นจึงต้องการการดูแลฟื้นฟูสภาพในระยะยาวจากผู้ดูแล หากผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลย่อมลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกาย จิตใจของผู้ป่วย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย

จากผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับรู้ว่าคุณดูแลมีความสามารถอยู่ในระดับสูง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

5.3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต จากผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอหลังสวน ได้รับจากบุคคลในครอบครัวในระดับสูง ได้รับจากเพื่อนบ้าน ชุมชนและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับที่เท่ากัน แรงสนับสนุนที่ผู้ป่วยที่ได้รับจากคนในครอบครัว จากเพื่อนบ้าน และชุมชนระดับสูงจะมีระดับคุณภาพ

ชีวิตสูง ในทางกลับกันการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสูงทำให้ระดับคุณภาพชีวิตต่ำลง มีผลมาจากกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีองค์ประกอบส่วนบุคคลด้านโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลายโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงภาวะไตวาย การเป็นผู้พิการจากภาวะหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า การที่มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเข้าไปดูแลเยี่ยมเยียนให้คำปรึกษา อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความกดดันต่อการเจ็บป่วย ที่มีโรครุนแรง ขาดความเป็นส่วนตัว รู้สึกเป็นภาระจากเดิมที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ เป็นสาเหตุทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ได้ซึ่งต้องศึกษารายละเอียดเชิงลึกต่อไป แตกต่างจากการศึกษาของ ณัฐเศรษฐ มนนิมมากร⁴⁰ ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ช่วยให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง สภาพจิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ใช้รูปแบบพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive cross sectional study) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ประชากรที่ศึกษาได้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และมารับบริการที่โรงพยาบาลหลังสวน จำนวน 90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ สถานภาพในครอบครัว รายได้ครอบครัว/เดือน ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลัก เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านโรค ได้แก่ ระยะเวลาเจ็บป่วย จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประเมินโดยใช้ เป็นข้อคำถามแบบปลายเปิด 2 ข้อ ในด้านระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใช้แบบประเมิน The Barthel Activity of Daily Living Index

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ระดับความสามารถของผู้ดูแล

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่จากครอบครัว เพื่อน บ้าน ชุมชน และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต The Short-Form-36-Health Survey (SF-36)

เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2555-30 มิถุนายน 2555 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงวิเคราะห์ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) และ แรคคอร์ท รีเกรทชั่น (Backward Multiple Regression) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้าน โรค การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

ผลการวิจัยพบว่า

คุณลักษณะส่วนบุคคล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงคือเป็นเพศชายร้อยละ 58.9 อายุเฉลี่ย 67.09 ปี ร้อยละ 38.2 มีสถานภาพคู่ร้อยละ 58.9 หม้ายร้อยละ 36.7 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 76.7 มัธยมศึกษาร้อยละ 10.0 ยังประกอบอาชีพร้อยละ 60.0 มีสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 52.2 รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 12,000 บาทต่อเดือน รายได้ส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 33.3 ผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นภรรยาร้อยละ 48.9 บุตรร้อยละ 42.2

ปัจจัยด้านโรค ในด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 64.4 การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 55.5 ไม่เคย ร้อยละ 26.7 เคยพักรักษาตัว 1 ครั้ง ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด ร้อยละ 45.6 รองลงมาสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากร้อยละ 23.3 และมีผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย ร้อยละ 16.7

การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล โดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 32.2

แรงสนับสนุนทางสังคม คือการได้รับความช่วยเหลือโดยรวมจากบุคคลในครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 78.9 จากเพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท ชุมชน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 66.7 และ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.0

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.2 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 32.1

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มอายุ อาชีพ สถานะในครอบครัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อนำมาวิเคราะห์โดยใช้ Backward Multiple Regression พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลากรสาธารณสุขเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยที่ตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 55.6 ($R^2=0.556$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และผู้ป่วยร้อยละ 16.7 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย ร้อยละ 14.5 สามารถปฏิบัติได้เล็กน้อยถึงปานกลาง จึงควรจัดให้ทีมเยี่ยมบ้าน/ฟื้นฟูสภาพดูแลเป็นพิเศษอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข ออกเยี่ยมผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพทุกสัปดาห์ ทำกิจกรรมอาสาสมัครกายภาพบำบัดให้เข้าถึงผู้ป่วยทุกรายที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. จัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล เทศบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเสริมสร้างความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองให้ห่างไกลจากโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งเป็นการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมในการช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

3. จัดหาอาชีพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้และไม่ได้ประกอบอาชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบจากงานวิจัย โดยการประสานงานของหน่วยเวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลหลังสวน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผู้ป่วยอยู่ในเขตความรับผิดชอบ

4. จัดโครงการพัฒนาความรู้แก่ผู้ดูแลหลักโดยทีมเวชปฏิบัติครอบครัว ให้ความรู้ในการดูแลเรื่องการออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัดที่ถูกต้อง การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ประเมินผลจากการออกเยี่ยมสำรวจในแต่ละครั้ง ความก้าวหน้าของผู้ป่วยในทุกด้านแบบองค์รวม ชักถามปัญหา และให้ความช่วยเหลือกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

5. เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า และเหนื่อยล้าในชีวิต ทีมสุขภาพจิตของโรงพยาบาลจึงควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และการติดตามเยี่ยมบ้านกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

6. โรงพยาบาลหลังสวนจัดกิจกรรมหรือ โปรแกรมเชิงรุกเพื่อพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดีขึ้นในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ระดับความสามารถของผู้ดูแล เพราะมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตในพื้นที่อำเภอหลังสวน เช่น จัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว นักกายภาพบำบัด ร่วมกับทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยประสานงานกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันทำงานเยี่ยมบ้าน ค้นหา ติดตาม ฟื้นฟู รักษา ให้คำแนะนำ จัดกิจกรรมสังคม สร้างอาชีพ รายได้ ลดภาระให้กับผู้ดูแล ให้เกิดความยั่งยืนในการดูแล

และยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และควรติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต่อเพื่อนำมาเปรียบเทียบกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการวิจัยพบว่าพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน ผู้ป่วยที่มีสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจะมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุด รองลงมาคือสามารถปฏิบัติได้มาก ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลยจะมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ระดับความสามารถของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในเชิงคุณภาพ ในผู้ป่วยที่มีพบว่ามีคุณภาพชีวิตต่ำ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง และสามารถแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้อย่างเป็นปัจเจกมากขึ้น

2. นำผลการวิจัยไปต่อยอดเรื่องการสอนสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการศึกษาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมผู้ป่วยได้รับจากบุคคลากรทางด้านสาธารณสุขกลับทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงซึ่งต้องมีการศึกษาในเชิงลึกต่อไป

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

THE QUALITY OF LIFE OF STROKE PATIENT IN LANGSUAN DISTRICT, CHUMPHON PROVINCE

ศักดิ์สิทธิ์ มหารัตนวงศ์ 5338847 PHMP/M

ศ.ม.

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : อรุณช ภาจีน, Dr.P.H, ฉวีวรรณ บุญสุยา, M.S.P.H.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาในทุกระยะของโรค ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มิโอกาสหายขาดน้อย มักมีความพิการตามมา ภาวะอัมพาตเป็นสาเหตุของการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สูญเสียรายได้และเป็นการเพิ่มรายจ่ายจากการรักษาทั้งที่โรงพยาบาลและการดูแลต่อที่บ้านระยะยาว นอกจากผลกระทบด้านร่างกายแล้วยังมีผลกระทบด้านจิตใจด้วย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ท้อแท้หมดหวังในชีวิต ทำให้มีผลต่อความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน ชุมชน รวมทั้งการร่วมกิจกรรมสังคม ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยมีมากขึ้น อาจเนื่องมาจากวิถีชีวิตของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป ถึงแม้การแพทย์จะมีความก้าวหน้า ทำให้การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายของผู้ป่วยได้ผลดีมาก แต่ก็ไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้ว่าการรักษาบรรลุเป้าหมาย ดังนั้นจึงมีการให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากขึ้น

โรงพยาบาลหลังสวนได้จัดให้โรคหลอดเลือดสมองเป็น 1 ใน 14 โรคสำคัญที่ต้องพัฒนาทั้งในด้านการป้องกัน การบำบัดรักษา การดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพตามแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2554 จากสถิติผู้มารับบริการพบว่า ในระยะ 8 เดือน (ตุลาคม 2553- พฤษภาคม 2554) ของปีงบประมาณ 2554 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2553 โดยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 41 ราย 168 วัน ซึ่งมากกว่าปีงบประมาณ 2553 ทั้งปี ที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 38 ราย 141 วัน ดังนั้นเพื่อตอบสนองแผนยุทธศาสตร์

ของโรงพยาบาล จึงควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจะสามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาวิถีเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร
2. เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร
3. เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร
4. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโรค การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอหลังสวน ประชากรที่ศึกษาได้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และมารับบริการที่โรงพยาบาลหลังสวน จำนวน 90 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถาม SF 36 ที่มีการทดสอบหาความค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในทุกมิติ (0.72 – 0.86) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2555-30 มิถุนายน 2555 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงวิเคราะห์ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว(One way ANOVA) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบถอยหลัง(Backward Multiple Regression Analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโรค การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพรเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยมีสัดส่วนเพศชายต่อหญิง 3:2 อายุเฉลี่ย 67.09 ปี ร้อยละ 45.0 อยู่ในช่วงอายุ 71-90 ปี รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 51-70 ปี ร้อยละ 38.2 สถานภาพสมรส คู่ และหม้ายร้อยละ 58.9 และ 36.7 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.7 จบมัธยมศึกษาเพียงร้อยละ 10.0 ยังคงประกอบอาชีพอยู่ร้อยละ 40.0 และร้อยละ 52.2 เป็นหัวหน้าครอบครัว มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 12,000 บาทต่อเดือน ประมาณ 1 ใน 3 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นภรรยาและบุตร ร้อยละ 48.9 และ 42.2 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านโรค

ระยะเวลาการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 64.4 มีระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่า 5 ปี และในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 55.5 ไม่เคยต้องพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ร้อยละ 26.7 เคยพักรักษาตัว 1 ครั้ง

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม พบว่า ร้อยละ 45.6 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด รองลงมาสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก ร้อยละ 23.3 และมีผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย ร้อยละ 16.7

เมื่อพิจารณาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละหัวข้อที่ประเมิน พบว่ากิจวัตรประจำวันที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้มากที่สุดคือ การรับประทานอาหาร สามารถช่วยตัวเองได้เมื่อเตรียมอาหารไว้ให้ ร้อยละ 73.3 รองลงมา มี 3 ด้านคือ การเคลื่อนย้ายโดยผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียง ที่นอน หรือเคลื่อนย้ายลงมาเก้าอี้ขึ้นสามารถล็อกเก้าอี้ขึ้นได้ ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ผู้ป่วยสามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวดได้ และ ด้านการควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะ คือสามารถกลั้นได้ ไม่มีปัสสาวะกระปริดกระปรอย ในกรณีคาสาขสวนปัสสาวะสามารถดูแลตัวเอง ซึ่งทั้ง 3 ด้านนี้ ปฏิบัติได้ร้อยละ 70.0 เท่ากัน ส่วนกิจวัตรประจำวันที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้น้อยคือ การขึ้นลงบันได สามารถขึ้นลงได้เองร้อยละ 57.8 รองลงมาคือ การแต่งตัว สามารถแต่งตัวสวมเสื้อผ้าได้ ร้อยละ 62.2

ร้อยละ 37.8 คิดว่าสุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบันอยู่ในระดับดี และเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ร้อยละ 35.2 คิดว่า อยู่ในระดับเดียวกัน

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล

การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเมื่อจำแนกรายข้อพบว่า อยู่ในระดับใกล้เคียงกันตามคะแนนเฉลี่ย สิ่งที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่าจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดคือ การดูแลเรื่องการรับประทานยา รองลงมาคือ การจัดสถานที่ให้เหมาะกับการนอนหลับพักผ่อน ส่วนสิ่งที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่าจะได้รับการดูแลไม่ดีที่สุดคือ การฝึกพูด เขียน หรือการสื่อสารกับผู้อื่น และการฝึกใช้ของวิริยะด้านที่ไม่ถนัด

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม คือการได้รับความช่วยเหลือโดยรวมจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจากเพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท คนชุมชน โดยมีการสนับสนุนในระดับสูงร้อยละ 78.9 50.0 และ 30.0 ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลางร้อยละ 51.2 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 32.1

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ จำแนกรายข้อ พบว่า กิจกรรมที่ทำไม่ได้เลยมากที่สุดได้แก่ กิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น วิ่ง ยกของหนัก รองลงมาคือ เดินระยะทางประมาณ 1 กิโลเมตรและเดินระยะทางมากกว่า 1.5 กิโลเมตร ทำไม่ได้เลยร้อยละ 44.4 และ 43.3 ตามลำดับ

กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำได้ปกติมากที่สุด คือ การอาบน้ำหรือแต่งตัวเอง รองลงมาคือ ก้มลงหยิบของหรือคุกเข่า ทำได้ปกติร้อยละ 51.1 และ 43.3 ตามลำดับ

สุขภาพทางร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดปัญหาในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันในทุกข้อคำถาม

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย หรือทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีผลรบกวนต่อการทำกิจกรรมทางสังคมของตนเองกับครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน หรือคนอื่น ๆ มากพอควรร้อยละ 34.4 มีอาการเจ็บปวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมากพอควรร้อยละ 40.0 และเจ็บปวดที่เกิดขึ้นรบกวนต่อการทำงาน (ทั้งงานนอกบ้านและงานบ้าน) มากที่สุดร้อยละ 34.4

ความรู้สึกที่เกิดขึ้นใน 1 เดือนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบเกือบตลอดเวลา และตลอดเวลาคือความรู้สึกท้อใจ และเศร้าสร้อย ซึมเศร้าและเต็มไปด้วยความทุกข์ เหนื่อยล้าในชีวิต ร้อยละ 37.7 35.5 และ 30 ตามลำดับ ส่วนความรู้สึกที่พบน้อย และที่ไม่พบเลยเป็นความรู้สึก

เต็มไปด้วยพลัง มีความตื่นตัวมาก มีความสุขดี สดชื่นกระปี้กระเปร่า และสุขสงบ ร้อยละ 37.8 35.6 31.1 และ 28.9ตามลำดับ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ไปร่วมงานสังคมเช่น ไปพบปะเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องตลอดเวลา ร้อยละ 33.3 บ่อยครั้ง ร้อยละ 11.1 บางครั้ง ร้อยละ 25.6 น้อยครั้ง ร้อยละ 12.2 และไม่มีผลเลย ร้อยละ 17.8

เกี่ยวกับความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเอง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรู้สึกเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าเจ็บป่วยง่ายกว่าคนอื่น ๆ คาดว่าสุขภาพของตัวเองจะแย่ลง ร้อยละ 65.6 และ 56.7 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามีสุขภาพดีเยี่ยม และสุขภาพดีพอๆกับคนอื่น ร้อยละ 57.8 และร้อยละ 34.3

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ส่งผลกระทบต่ออาชีพหรืองานหรือเงินเดือนหรือรายได้ของผู้ป่วยเนื่องจากไม่ได้ทำงานแล้วร้อยละ 66.7 ส่วนผู้ป่วยที่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำงานเดิมแต่ประสิทธิภาพน้อยลง และ ยังไม่สามารถกลับไปทำงานได้ มีเพียงร้อยละ 10 และ 11.1

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ส่งผลกระทบต่อด้านเพศสัมพันธ์เช่นเดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 67.8 และมีผลกระทบ เพียงร้อยละ 17.8

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโรค การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

6.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกัน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ผู้ดูแลหลัก มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มอายุ อาชีพ และสถานภาพในครอบครัว พบว่ามีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value .004 <.001 และ .031 ตามลำดับ)

ผู้ป่วยในกลุ่มอายุน้อยจะมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุมากเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าอายุน้อย ผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัวมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่เป็นผู้อาศัย

6.2 ปัจจัยด้านโรคกับคุณภาพชีวิต

เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโรคกับคุณภาพชีวิตพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .001$ โดยผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจะมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุด รองลงมาคือสามารถปฏิบัติได้มาก ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลยจะมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด

ส่วนระยะเวลาการป่วยและระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมาเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกันและระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

6.3 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล $p\text{-value} < .001$ และ $.004$ ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 90 คนเมื่อนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้ Backward Multiple Regression พบว่าปัจจัยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง $p\text{-value} < 0.001$ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลากรสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 55.6 ($R^2=0.556$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และผู้ป่วยร้อยละ 16.7 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย ร้อยละ 14.5 สามารถปฏิบัติได้เล็กน้อยถึงปานกลาง จึงควรจัดให้ทีมเยี่ยมบ้าน/ฟื้นฟูสภาพดูแลเป็นพิเศษอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข ออกเยี่ยมผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพทุกสัปดาห์ ทำกิจกรรมอาสาสมัครกายภาพบำบัดให้เข้าถึงผู้ป่วยทุกรายที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. จัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล เทศบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเสริมสร้างความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองให้ห่างไกลจาก

โรคหลอดเลือดสมอง ทั้งเป็นการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมในการช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

3. จัดหาอาชีพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้และไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยการประสานงานของหน่วยเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลหลังสวน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผู้ป่วยอยู่ในเขตความรับผิดชอบ

4. จัดโครงการพัฒนาความรู้แก่ผู้ดูแลหลักโดยทีมเวชปฏิบัติครอบครัว ให้ความรู้ในการดูแลเรื่องของการออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัดที่ถูกต้อง การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ประเมินผลจากการออกเยี่ยมสำรวจในแต่ละครั้ง ให้ความก้าวหน้าของผู้ป่วยในทุกด้านแบบองค์รวม สอบถามปัญหา และให้ความช่วยเหลือกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

5. เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า และเหนื่อยล้าในชีวิต ทีมสุขภาพจิตของโรงพยาบาลจึงควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งใน โรงพยาบาล และการติดตามเยี่ยมบ้านกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

6. โรงพยาบาลหลังสวนจัดกิจกรรมหรือ โปรแกรมเชิงรุกเพื่อพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดีขึ้นในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ระดับความสามารถของผู้ดูแล เพราะมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตในพื้นที่อำเภอหลังสวน เช่น จัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว นักกายภาพบำบัด ร่วมกับทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยประสานงานกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันทำงานเยี่ยมบ้าน ค้นหา ติดตาม ฟันฟู รักษา ให้คำแนะนำ จัดกิจกรรมสังคม สร้างอาชีพ รายได้ ลดภาระให้กับผู้ดูแล ให้เกิดความยั่งยืนในการดูแล และยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และควรติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต่อเพื่อนำมาเปรียบเทียบกัน

THE QUALITY OF LIFE OF STROKE PATIENTS IN LANGSUAN DISTRICT,
CHUMPHON PROVINCE

SAKSIT MAHARATTANAWONG 5338847 PHMP/M

M.P.H.

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ORANUT PACHEUN, Dr. P.H.,
CHAWEEWON BOONSHUYAR, M.S.P.H.

EXTENDED SUMMARY

Background and significance of the problem

Stroke is a chronic disease requiring treatment at all stages. Chances of a full recovery among patients are low. Paralysis leads to loss of ability to perform daily activities, loss of income and increases expenses both for treatment at a hospital and long term care. Aside from physical impacts, patients also have psychological impacts such as depression, discouragement and disappointment in life. The number of patients increases every year, although medical advancements have also dramatically developed. It may not be an indicator of effective treatment. In order to plan accordingly, a study of the quality of life among these patients needs to be conducted.

In the strategic plan of Langsuan Hospital (fiscal year 2011), stroke was identified as one among 14 important diseases needing a develop strategy for prevention, curative treatment, continuous care and rehabilitation. Within eight months of the fiscal year 2011 (October 2010-May 2011), the number of stroke patients admitted in the hospital increased from the previous fiscal year. The inpatient cases totaled 41 persons, with length of stay 168 days, while there were only 38 persons with length of stay 141 days in the 2010 fiscal year. In response to the strategic plan,

assessment of the quality of life among stroke patients should be implemented. The present study represents the first of its kind performed at Langsuan Hospital.

Objectives

1. To assess the quality of life of stroke patients at Langsuan Hospital
2. To describe the general characteristics and disease factors of stroke patients at Langsuan Hospital
3. To identify the perceived capacity of caregivers and social support of stroke patients at Langsuan Hospital
4. To find the relationship between general characteristics, disease factors, ability to perform ADL, perceived capacity of caregiver, social support and quality of life of the patients.

Method

The cross-sectional study aimed to assess the quality of life of stroke patients in Langsuan District and its related factors. The study population comprised stroke patients who had been diagnosed for six months or over, a total of 90 cases. Data was collected using an interview schedule. Quality of life was assessed using the Short Form-36 Health survey (Thai version). Reliability of SF-36 was tested by another study. The reliability varied from 0.72-0.86. The data were collected from May 1-June 30, 2012. Descriptive statistics, one-way ANOVA, Pearson's Product Moment Correlation and Backward Multiple Regression were applied for the analysis. Relationships between general characteristics, disease factors, ability to perform ADL, perceived capability of caregivers, social support and quality of life of stroke patients were investigated.

Results

The results showed that stroke patients in Langsuan District, Chumphon Province comprised more males than females, with a sex ratio of 3:2 and the average age was 67.07 years. The age group of 71-90 years comprised 45.0%, while those aged 51-70 years comprised 38.2%. More than half (58.9%) were married and 36.7% were separated. The majority, 76.7%, finished primary school, and only 10% finished secondary education. Only 40% were employed. More than half (52.2%) were heads of the family; the average family income was 12,000 baht per month, and only one or two below 5,000 baht per month. Nearly half (48.9%) of the main caregivers were spouses were and 42.2% were children.

Regarding the disease factors, 64.4% of the patients had stroke diagnosed less than 5 years. Only 26.7% had been hospitalized once during the last year while more than half of them (55.5%) had never been admitted. Activity of daily living (ADL) of stroke patients showed 45.5% could perform activities by themselves, 23.3% could perform well but 16.7% could not perform daily activities.

The activities that patients could perform by themselves most included eating and food preparation (73.3%), movement from bed, movement to arm chairs, care of the personal hygiene and urination control totaling 70%. The minimum activities that they could perform were going up and downstairs, 57.8%, and dressing by themselves, 62.2%

Of these patients, 37.8% claimed that their general health status was good. Compared with health status one year ago, 35.2% rated their health in general at the same level.

Perceived capacity of caregivers was analyzed. The highest capacity that caregivers performed was providing medication; the second was arranging a proper environment for patients. The lowest capacity was speech training, writing, communication and training to use unskilled organs.

Concerning social support, they received supported mostly from family members, health professionals and community members at 78.9%, 50% and 30%, respectively.

In regard to quality of life, it was found that half of the patients (51.2%) were at a moderate level, while 32.1% were at a low level.

Activities that the patients could not perform most were vigorous activities such as running, lifting heavy objects, and secondly walking one kilometer and walking more than one and one half kilometers, 44.4% and 43.3%, respectively.

Daily activities the patients performed most were bathing or dressing themselves, followed by bending and kneeling or stooping, 51.1% and 43.3%, respectively. Their health limited them in all ADL items and they experienced problems in working.

During the past four weeks, physical limitations or emotional problems interfered with normal social activities with their family, friends and neighbors, 34.4%, 40% reported having body pain and many reported that pain interfered with normal work (including both work outside the home and housework), 34.4% .

Regarding the questions of how they felt and how things had been with them for the past four weeks, feelings that they acknowledged all the time and most of the time were feeling down in the dumps and that nothing could cheer them up, feeling downhearted and blue, and feeling tired, (37.8%, 35.5% and 30%, respectively). The feeling that they never felt or seldom felt full of pep having a lot of energy, feeling as a happy person and feeling calm and peaceful were 37.8%, 35.6%, 31.1% and 28.9%, respectively..

Only 17.8% of stroke patients said that physical health or emotional problems did not interfere with their social activities (like visiting with friends and relatives, etc.). On the contrary, 33.3% of them said it interfered all of the time.

When asked for statements regarding their health, 65.6% mentioned it was definitely true that they seemed to get sick a little easier than other people.

Being stroke patients did not affect their work, salary or income. Mostly patients reported they performed work normally but at low efficiency, comprising 10%, could not return to work, 11.1%, had no interference with sexual relations, 67.8%, and had interference, 17.8%. This is may have been because the majority was not at reproductive age.

The relationship between general characteristics and quality of life were analyzed. The results showed that age group, working status and status in the family were statistically related to quality of life, p-value .004 ,<.001 and .031, respectively

Younger aged patients had a mean score of quality of life higher than older aged patients. Statistical testing found that differences in age had different mean scores of quality of life, significantly in older patients whose quality of life was lower than younger patients. Working patients had a higher quality of life than nonworkers. Those who were heads of the family had better quality of life scores than dependent persons.

Regarding the relationship between disease factors and quality of life, ability to perform ADL was significantly related to quality of life ($p < .001$). Those who could perform ADL had a higher quality of life than those who could not perform ADL. Duration of illness and admitted experience within the last year had no association.

Ability to perform ADL, perceived capacity of caregiver and social support were statistically related to quality of life of stroke patients. Backward multiple regression showed a positive relationship between ability to perform ADL, perceived capability of caregiver and quality of life but social support from the health profession was negatively related to quality of life. These variables could explain the variation, 55.6 % ($R^2=0.556$), of the quality of life among stroke patients.

Recommendations

Recommendations from the research results

1. The results showed that the ability to perform ADL was positively related to quality of life, 16.7 % of patients were not able to perform ADL and 14.5 % of patients were classified as mild and moderate ability to perform ADL. To assist these groups, health professionals must organize home health care teams and rehabilitation. With the participation of various disciplines, i.e., health professionals at primary care level and health volunteers conducting home visits every week, the recruitment of rehabilitation volunteers can be achieved at the village level to assist patients and develop their ability to perform ADL.
2. To strengthen the social support between health professionals and patients, activities of the elderly club in the catchment area must be promoted.

3. Providing optimal occupation therapy for unemployed patients could be achieved by coordinating with concerned sections: family medicine personnel of a community hospital, health staff at the subdistrict health promoting hospitals and local administrative organizations.

4. Training should be provided to increase the capabilities of caregivers by family practice officers, focusing on proper exercise, rehabilitation and how to assist patients in ADL. Regular monitoring by home health care visits, follow-up in holistic caregiving and taking suggestions for problem solving can help patients and caregivers.

5. In the case of depression and boredom with life, a psychological care team should approach both the health facilities and community.

6. Langsuan Hospital provides proactive activities or health promotion programs that develop the quality of life in aspects of ability to perform ADL and perceived capability of caregivers. To improve the quality of life stroke patients, health care teams should be composed of doctors, family practice nurses, physiotherapists, cooperating with subdistrict health promoting hospitals, coordinating work with health volunteers, village head men, and local authorities to activate the home health care team. Case findings, follow-up, rehabilitation, treatment, counseling, social activities and income generating activities could minimize the burden of caregivers and increase the level of the quality of life among stroke patients. The health care teams should incorporate continuous follow-up to compare levels of the quality of life.

Recommendations for further studies

1. A qualitative study should be carried out among those who have less ability to perform ADL, so that the researcher will understand their problems.

2. Social support from health professionals needs to employ an appropriate approach to turn negative relationships to positive ones.

รายการอ้างอิง

1. World stroke organization. Newsletter world stroke campaign release, October 20, 2009
2. National Stroke Association. Stroke reducing risk & recognition symptoms, Oct 12,2009
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2550. กรุงเทพฯ ฯ : สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข;2551.
4. กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการออกกำลังกายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทยจำกัด.2543.
5. Dowswell G. Investigating recovery from stroke: A qualitative study. J Clin Nurs 2000;9(1):507-15.
7. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน.กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; 2542.
8. Holmes S, Dickerson J. The quality of life: design and evaluation of a self-assessment instrument for use with cancer patients. Int J Nurs Stud 1987; 24:15-24.
9. พรรณทิพา ศักดิ์ทอง คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ. Thai Pharm Sci 2007; 2(3):
10. อภรณ์ รัตนวิจิตร., วัลภา คุณทรงเกียรติคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียง.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2544; 6(3):10-20.
11. บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์, พวงพะยอม ปัญญา. ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, Nursing Journal 2007; 34
12. อุทุมพร จามรมาน.คุณภาพชีวิตคนกรุงเทพ, วารสารจิตวิทยาคลินิก.2530:1-23
13. กิ่งแก้ว ปาจริย์, การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.กรุงเทพฯ: บริษัทแอล.ที.เพรส จำกัด, 2547.
14. Hickey JV. The clinical practice of neurological and neurolosurgical nursing. 2nd ed. Philadelphia: J.B.Lippincot company; 1986.
15. Anderson E, Anderson TP, Kottke FJ. Stroke rehabilitation: maintenance of achieved gains. Arch Phys Med Rehabil. 1977 : 58(8):345-52.
16. Quwenaller Cv.Painfull in hemiplegia.Arch Phys Med Rehabil 1986; 67:21-8.

17. เจียมจิตร แสงสุวรรณ.โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 2.ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ออฟเซ็ท;2540.
18. Dadas S.Nursing diagnosis and intervention for the rehabilitation of stroke patient.Nurs Clin N Am 1986.
19. สุจันยา โลหะชัยวา, ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวัง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตทางการพยาบาลจิตเวช] นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล;2553
- 20.วัชรีย์ ทรัพย์มี, ทฤษฎีและกระบวนการให้บริการปรึกษา. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2551
21. วิราวรรณ คล้ายหิรัญ. ผลของการสอนแนะต่อความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยานิพนธ์). ชลบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ; 2544.
22. ประพิศ จันทร์พุกษา, ผลการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นหลักต่อความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองและการรู้สึกรับผิดชอบในตนเองของนักศึกษาพยาบาล,วารสารพยาบาล 2547: 35-45
23. Leahy M, Howell AB, Kurowska E, Guthrie N. In vivo evidence that cranberry proanthocyanidins inhibit adherence of p-fimbriated E. coli bacteria to uroepithelial cells. Federation of American Societies for Experimental Biology Journal 2001; 15: A284
24. อัจฉรา หล่อวิจิตร.การดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน.ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์,2544
25. Wagner EH.Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q. 1996;74(4):511-44
26. วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒพาณิช.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นและครอบครัว,วารสารพยาบาลศาสตร์ 2538:82-92
27. ฟารีดา อิบราฮิม, ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล.กรุงเทพมหานคร:สามเจริญพาณิช;2539
28. Orem, D.E. Nursing concepts of practice .3rd .New York:McGraw-Hill Book company;1985.
29. Flanagan JC. Measurement of quality of life: Current state of the art. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 1982;63: 56-9.
30. สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิฎ. ประชากรกับคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศรีอนันต์; 2525
31. UNESCO: Evaluating the Quality of Life in Belgium, Social Indicators Research. September 1980:312.

32. George, Bearon, Lucille B., Quality of life in older persons: Meaning and measurement. 1980
33. Campbell A. Subjective measure of well-being. American Psychology 1976;117-24
34. Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, Chesterman E, Levi J, Shepherd R, et al. Measuring the quality of life of cancer patients : a concise QL-index for use by physicians. J chronic Dis. 1981;34(12) : 585-97.
35. The WHOQOL Group. WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of assessment, field trial version. Geneva: WHO; 1995
36. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด, โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2540
37. ยาวลักษณ์ กลิ่นหอม. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลก ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตทางการพยาบาล] เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2540
38. Watcharee Leurmarnkul, Paranee Meetam. Properties Testing of the Retranslated SF-36 (Thai Version). Thai J. Pharm. Sci 2005. 29 (1-2): 69-88
39. พັນนี นัครา. คุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, วารสารสาธารณสุข-สุขภาพศาสตร์. 2546:215-25.
40. แสงแก้ว ราชภักดี. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต] นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550
41. ณัฐเศรษฐ มนินนากร, ปรีดา อารยวิชานนท์, ภัทรา วัฒนพันธ์, โคมพิไล นันทรักษา, วิไล คุปต์ นิรัติศัยกุล. ปัจจัยด้านอายุที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง. Journal of The Medical of Thailand, 91; 2551
42. อภินทรี บัวเหลือง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาล สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553
43. ชุติเดช เจียนดอน. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา, วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2554:229-39

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบและปลายเปิดจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นแบบเลือกตอบ 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามผู้ป่วยในการรับรู้ความสามารถของญาติในการดูแลในด้านต่างๆ ได้แก่ด้าน กิจวัตรประจำวัน ด้าน

การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้าน การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลด้านจิตใจ จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านคุณภาพชีวิต เป็นแบบเลือกตอบจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบและปลายเปิดจำนวน 8 ข้อ

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า แยก
3. การศึกษา ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
5. สถานภาพในครอบครัว หัวหน้าครอบครัว ผู้อาศัย
6. รายได้ครอบครัว/เดือน.....บาท
7. ผู้ดูแลหลักคือ สามีหรือภรรยา บุตร อื่นๆ ระบุ.....
8. ท่านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาปี
9. ใน 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยนอนพักการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่
 ไม่เคย เคย.....ครั้ง เนื่องจาก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นแบบเลือกตอบ 12 ข้อ

แบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับใด

1. การรับประทานอาหาร

- ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องป้อนอาหารให้ หรือรับอาหารทางสายยาง
- ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร เช่น ช่วยตัดหรือหั่นอาหาร
- ช่วยตัวเองได้เมื่อเตรียมอาหารวางไว้ให้

2. การเคลื่อนย้าย

- ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือ 1-2 คน ในการเคลื่อนย้าย นั่งทรงตัวได้
- เคลื่อนย้ายได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ 1 คน คอยช่วยพยุงหรือชี้แนะ
- สามารถลุกจากเตียง ที่นอน หรือเคลื่อนย้ายลงมาเก้าอี้เข็นและสามารถถือค้อนเก้าอี้เข็นได้

3. การเดินการเคลื่อนที่

- เคลื่อนไหวไม่ได้ สามารถใช้เก้าอี้เข็น คลาน หรือถัดได้
- เดินได้โดยมีคนช่วยพยุง 1 คน เดินได้เอง โดยอาจใช้ไม้เท้า หรือเครื่องพยุงเดิน

4. การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า

- ไม่สามารถแต่งตัวหรือสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง ต้องมีผู้ช่วยเหลือบางขั้นตอน แต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้าได้

5. การอาบน้ำ เช็ดตัว

- ไม่สามารถอาบน้ำ หรือเช็ดตัว ดูแลความสะอาดของร่างกายได้ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน
- สามารถอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายได้ ทั้งฟอกสบู่ ตักน้ำราดตัว หรือเช็ดตัวได้ทุกส่วน

6. สุขาวิทยาส่วนบุคคล

- ต้องพึ่งพาคูบุคคลอื่นทั้งหมดในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม หรือ โกนหนวด
- สามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวดได้

7. การใช้ห้องสุขา หรือกระโถน

- ต้องพึ่งพาเกี่ยวกับการเข้า-ออกห้องสุขา หรือการสอด-ดึงกระโถนรวมทั้งการถอดใส่เสื้อผ้า การล้างทำความสะอาด

หลังการถ่าย

- ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน
- สามารถเข้า-ออก ห้องสุขา หรือการสอด-ดึงกระโถน รวมทั้งการถอด/สวมเสื้อผ้า การล้างทำความสะอาดภายหลังถ่าย

8. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ

- กลั้นไม่ได้ อุจจาระราด กระปริดกระปรอย หรือท้องผูก ต้องสวนอุจจาระให้
- กลั้นได้เป็นส่วนใหญ่ แต่อาจกลั้นไม่ได้ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือต้องการความช่วยเหลือในการสวน
- กลั้นได้ และ/หรือ ต้องสวนอุจจาระแต่สามารถทำได้เอง

9. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ

- กลั้นไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย/ต้องสวนปัสสาวะหรือดูแลเมื่อคาสายสวนปัสสาวะให้
- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ประมาณวันละ 1 ครั้ง และต้องการความช่วยเหลือให้การสวนปัสสาวะ

กลับได้ ไม่มีปัญหาภาวะกระดูกพรอย ในกรณีที่กาสายสวนปัสสาวะสามารถดูแลได้เอง

10. การขึ้นลงบันได

ไม่สามารถทำได้ ต้องการคนช่วยเหลือ ขึ้นลงได้เอง

11. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านโดยทั่วไปในปัจจุบันเป็นอย่างไร

ดีเยี่ยม ดีมาก ดี พอใช้ แย่

12. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านในขณะนี้เป็นอย่างไรมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่แล้ว

ดีขึ้นมาก ดีขึ้นเล็กน้อย พอๆกับปีก่อน แย่กว่าเล็กน้อย แย่มาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ระดับความสามารถของผู้ดูแล ท่านคิดว่าผู้ดูแลท่านมีระดับความสามารถใน

การดูแลท่านในระดับใด

โปรดใส่เครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงหน้าคำตอบที่ท่านเห็นว่าเป็นคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	การดูแล	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ค่อนข้างไม่ดี	ไม่ดี
1	การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ	<input type="checkbox"/>				
2	การช่วยเหลือและแก้ปัญหาในเรื่องการขับถ่าย	<input type="checkbox"/>				
3	การช่วยเหลือ ทำความสะอาดร่างกาย ปากและฟัน	<input type="checkbox"/>				
4	การจัดสถานที่ให้เหมาะกับการนอนหลับพักผ่อน	<input type="checkbox"/>				
5	การดูแลเรื่องการรับประทานยา	<input type="checkbox"/>				
6	การดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การพลัดตก หกล้ม	<input type="checkbox"/>				
7	การดูแลเพื่อป้องกันการสำลักอาหาร	<input type="checkbox"/>				
8	การดูแลป้องกันการติดเชื้อ	<input type="checkbox"/>				
9	การช่วยเหลือออกกำลังกาย ขาด้านที่อ่อนแรง	<input type="checkbox"/>				
10	การช่วยเหลือกระตุ้นให้ออกกำลังกาย	<input type="checkbox"/>				
11	การฝึกพูด เขียน หรือการสื่อสารกับผู้อื่น	<input type="checkbox"/>				
12	การฝึกใช้อวัยวะด้านที่ไม่ถนัด	<input type="checkbox"/>				
13	การพูดคุยให้กำลังใจ	<input type="checkbox"/>				
14	การช่วยเหลือให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	<input type="checkbox"/>				
15	การดูแลในการพักผ่อนหย่อนใจ	<input type="checkbox"/>				
16	การรับฟังให้ผู้ป่วยระบายความเครียดหรือความวิตกกังวล	<input type="checkbox"/>				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท ชุมชน และแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆในด้านต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดใส่เครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงหน้าคำตอบที่ท่านเห็นว่าเป็นคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การได้รับความช่วยเหลือ	ระดับการดูแลที่ได้รับ								
	คนในครอบครัว			เพื่อนบ้าน ชุมชน			จสช		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย
การดูแลที่ได้รับ									
การปลอบโยนและให้กำลังใจ									
ได้รับความอบอุ่นและไว้วางใจ									
การได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเอง									
การได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเอง									

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของท่านคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงหน้าคำตอบที่ท่านเห็นว่าเป็นคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ท่านคิดว่าในขณะนี้ท่านสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆต่อไปนี้ได้มากน้อยแค่ไหน

กิจกรรม	ทำไม่ได้เลย	ทำได้เล็กน้อย	ทำได้ตามปกติ
1. กิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น วิ่ง ยกของหนัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. กิจกรรมที่ออกแรงปานกลาง เช่น เคลื่อนย้ายโต๊ะ เก้าอี้ กวาดถูบ้าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ยกหรือหิ้วของเวลาอยู่ในบ้านหรือออกไปซื้อของข้างนอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ขึ้นบันไดมากกว่า 2 ชั้น เช่น เดินขึ้นบันไดจากชั้น 1 ไปชั้น 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ขึ้นบันได 1 ชั้น (จากชั้น 1 ไปชั้น 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ก้มลงหยิบของหรือคุกเข่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. เดินระยะทางมากกว่า 1.5 กิโลเมตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. เดินระยะทางประมาณ 1 กิโลเมตร หรือประมาณ 2-3 ป้ายรถเมล์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. เดินระยะทางประมาณ 200-300 เมตรหรือประมาณ 1 ป้ายรถเมล์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. อาบน้ำหรือแต่งตัวเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาในการทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากจากปัญหาสุขภาพร่างกายท่านบ้างหรือไม่

ปัญหาสุขภาพกาย	ใช่.	ไม่ใช่
1. ปัญหาสุขภาพกายทำให้ท่านใช้เวลาทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ปัญหาสุขภาพกายทำให้ท่านทำงานเสร็จน้อยกว่าที่เคยทำได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ปัญหาสุขภาพกายทำให้ท่านทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างที่เคยทำไม่ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ปัญหาสุขภาพกายทำให้ท่านทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ลำบากกว่าเดิม เช่น ต้องใช้ความพยายามมากขึ้น หรือใช้แรงมากขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันเนื่องจากจากปัญหาทางด้านจิตใจหรืออารมณ์หรือไม่ (เช่น วิตกกังวล เศร้าซึม เหน็ด เป็นต้น)

ปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจหรืออารมณ์	ใช่	ไม่ใช่
1. ปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ทำให้ท่านใช้เวลาทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ทำให้ท่านทำงานเสร็จน้อยกว่าที่เคยทำได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ทำให้ท่านไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างละเอียดลออเหมือนปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย หรือทางด้านจิตใจของท่านมีผลรบกวนต่อการทำกิจกรรมทางสังคมของท่านกับครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน หรือคนอื่น ๆ

ปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย หรือทางด้านจิตใจ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มากพอควร	มากที่สุด
4.1 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย หรือทางด้าน จิตใจ ของท่าน มีผลรบกวนต่อการทำกิจกรรมทางสังคมของท่านกับ ครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน หรือคนอื่น ๆ	<input type="checkbox"/>				
4.2 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเจ็บปวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มากน้อย เพียงใด	<input type="checkbox"/>				
4.3 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับท่าน (ในข้อ 7) รบกวนต่อการ ทำงาน (ทั้งงานนอกบ้านและงานบ้าน) ของท่านมากน้อยเพียงใด	<input type="checkbox"/>				

5. คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของท่าน ว่าความรู้สึกต่อไปนี้เกิดขึ้นกับท่านบ่อยแค่ไหนใน 1 เดือนที่ผ่านมา เลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ความรู้สึก	ตลอดเวลา	เกือบตลอดเวลา	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่เลย
5.1 รู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า	<input type="checkbox"/>					
5.2 รู้สึกตื่นตกใจหรือเสียใจง่าย	<input type="checkbox"/>					
5.3 รู้สึกซึมเศร้าหรือเต็มไปด้วยความทุกข์	<input type="checkbox"/>					
5.4 รู้สึกสุขสงบ	<input type="checkbox"/>					
5.5 รู้สึกเต็มไปด้วยพลัง มีความตื่นตัวมาก	<input type="checkbox"/>					
5.6 รู้สึกท้อใจและเศร้าสร้อย	<input type="checkbox"/>					
5.7 รู้สึกเหนื่อยล้าในชีวิต	<input type="checkbox"/>					
5.8 รู้สึกมีความสุขดี	<input type="checkbox"/>					
5.9 รู้สึกเหน็ดเหนื่อย	<input type="checkbox"/>					

6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีผลทำให้ท่านไม่สามารถไปร่วมงานสังคม เช่น ไปพบปะเพื่อนฝูง หรือญาติพี่น้อง มากน้อยเพียงใด

ตลอดเวลา บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง ไม่เลย

7. เลือกคำตอบที่ตรงกับท่านมากที่สุด

	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ทราบ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
7.1 ท่านรู้สึกว่าเจ็บป่วยง่ายกว่าคนอื่น ๆ	<input type="checkbox"/>				
7.2 ท่านมีสุขภาพดีพอ ๆ กับคนอื่น ๆ	<input type="checkbox"/>				
7.3 ท่านคาดว่าสุขภาพของตัวเองจะแย่ลง	<input type="checkbox"/>				
7.4 ท่านมีสุขภาพดีเยี่ยม	<input type="checkbox"/>				

ภาคผนวก ข
คำชี้แจงพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ชื่อโครงการวิจัย

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

2. สถานที่ทำการวิจัย

อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

3. หัวหน้าโครงการ และที่อยู่ติดต่อได้

นายศักดิ์สิทธิ์ มหารัตนวงษ์ โรงพยาบาลหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

รศ.ดร.อรนุช ภาชีน

ภาควิชา อนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โทรศัพท์ 087-681-6097 โทรสาร 0-2354-8552 E-mail address phopc@mahidol.ac.th

4. บทนำและเหตุผลในการศึกษาวิจัยของโครงการวิจัยนี้ (อธิบายอย่างย่อโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการที่รุนแรง ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สามของประชากรไทยรองจากโรคหัวใจและมะเร็ง

ในปัจจุบันแม้ว่าความเจริญก้าวหน้าด้านการแพทย์ทำให้สามารถบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้อัตราตายลดลง แต่จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองที่มีความพิการกลับเพิ่มขึ้นทุกปี ในจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็งร้อยละ 10 เท่านั้นที่หายเป็นปกติ ร้อยละ 40 ยังคงมีความพิการ ร้อยละ 40 มีความพิการมากและอีกร้อยละ 10 ยังต้องรักษาต่อในโรงพยาบาล ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

จึงกล่าวได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างใหญ่หลวงต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เกิดความสูญเสียสมรรถภาพอย่างเฉียบพลันต้องตกอยู่ในสภาวะของความพิการ ส่งผลต่อเนื่องไปด้านจิตใจ และการดำรงอยู่ของชีวิต ผู้ป่วยจะพึงพอใจในชีวิตลดลง การรับรู้คุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเป็นสิ่งจำเป็นและจะนำไปสู่การปรับปรุงระบบพัฒนากิจกรรมและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอหลังสวนได้ต่อไป

5. วัตถุประสงค์หลักของโครงการ

1. เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใน
4. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโรค การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

6. เหตุผลที่เชิญชวนให้ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

ท่านเป็นผู้หนึ่งที่อาศัยอยู่ในอำเภอหลังสวน และมีคุณสมบัติตรงกับเรื่องที่ศึกษาดังนั้นจึงเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เพื่อที่จะนำผลการศึกษานำไปเป็นข้อมูลในการดำเนินการแก้ไขปัญหา พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอหลังสวน ทั้งการดูแลในโรงพยาบาล การดูแลและให้ความรู้ญาติก่อนกลับบ้านรวมถึงการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

7. กิจกรรมการวิจัยที่จะเกี่ยวข้องกับท่าน เมื่อท่านสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จะมีดังต่อไปนี้

7.1 ในการเก็บข้อมูลจะกระทำโดยผู้วิจัยคือ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต หรือผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นทีมงาน โดยจะได้รับคำแนะนำถึงความสำคัญของการสำรวจ วิธีการตอบ

แบบสอบถาม และทำความเข้าใจกับแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลก่อนการ ไปเก็บข้อมูล เมื่อมีข้อคำถามที่ไม่เข้าใจหรือมีปัญหาขณะเก็บข้อมูล ทีมงานสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

7.2 ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยหรือทีมงาน ชี้แจงเรื่องพิทักษ์สิทธิ์อย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร ในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสอบถามให้ความชัดเจนเกี่ยวกับแบบสอบถาม และดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะในผู้ที่เซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น ทั้งนี้ผู้วิจัยจะไม่คาดคั้นหรือบังคับผู้เข้าร่วมวิจัยให้ตอบแบบสอบถาม และผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ปฏิเสธได้โดยการไม่ตอบแบบสอบถาม

7.3 สำหรับผู้ตอบแบบสอบถามที่เขียนไม่ถนัดผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะใช้วิธีสัมภาษณ์ และทำเครื่องหมายในแบบสอบถามแทนผู้ป่วย

8. ระยะเวลาที่ท่านจะเข้ามาเกี่ยวข้องกับกิจกรรมของโครงการวิจัยนี้ (ทดลอง/รวบรวมข้อมูล)

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องให้สัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที

9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่อท่าน และต่อผู้อื่น

9.1 เพื่อเป็นข้อมูลไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาล หลังสวน

9.2 เพื่อเป็นข้อมูลในการเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

9.3 เพื่อใช้เป็นข้อมูลที่ใช้ในการเตรียมชุมชนหรือแรงงานสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

10. ความเสี่ยง หรือ ความไม่สบายใจ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับท่าน และ มาตรการหรือวิธีการในการป้องกัน หรือลดความเสี่ยงหรือความไม่สบายใจ ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านจะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ แต่อาจจะมี ความไม่สบายใจที่จะต้องตอบคำถามที่เป็นส่วนตัวบางประการ อย่างไรก็ตามในระหว่างการสัมภาษณ์ สามารถสอบถามเจ้าหน้าที่ที่ไปเก็บข้อมูลเพื่อความชัดเจนก่อนตอบ ให้ความเวลาในการตอบ ไม่เร่งรัด และถ้าคำถามข้อใดที่ไม่สะดวกใจ และอึดอัดในการตอบ ท่านสามารถข้ามคำถามข้อนั้น หรือหยุด/เลิกตอบ เมื่อใดก็ได้

11. การดูแลรักษาความลับของข้อมูลต่างๆ ของท่าน (ได้แก่ การเก็บรักษาข้อมูลจะอย่างไร เก็บไว้ที่ไหน ใครสามารถเข้าถึงข้อมูลได้บ้าง และมีวิธีการทำลายข้อมูลอย่างไร และเมื่อไร)

ผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลที่ได้ เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย เมื่อนำข้อมูลเข้าสู่อิเล็กทรอนิกส์ และตรวจสอบจนถูกต้องเรียบร้อยแล้ว จะทำลายแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมมาได้ทั้งหมด โดยวิธีเข้าเครื่องทำลายเอกสาร ผู้วิจัยรับรองว่าข้อมูลที่ได้จากท่านถือเป็นความลับสูงสุด ไม่มีผู้ใดสามารถเข้าถึงได้

12. สิทธิการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

ท่านมีสิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ทั้งนี้จะไม่กระทบต่อผลต่อการดูแล การมารับบริการที่โรงพยาบาลหลังสวนแต่อย่างใด

13. กรณีที่มีเหตุจำเป็น หรือฉุกเฉิน ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยสามารถติดต่อผู้รับผิดชอบโครงการได้โดยสะดวกที่

นพ.ศักดิ์สิทธิ์ มหารัตนวงศ์ โรงพยาบาลหลังสวน 80 ม.5 ต.วังตะกอก อ.หลังสวน จ.ชุมพร 86110 โทรศัพท์ 0-7752-9999 ต่อ 711 โทรศัพท์มือถือ 089-1855033 Email address: saksitmh@yahoo.com

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ อาคารสาธารณสุขวิศิษฏ์ ชั้น 4 420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 0-2354-8543-9 ต่อ 1127, 7404 โทรสาร 0-2640-9854

ภาคผนวก ก

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารรับรองเลขที่	MUPH 2012-084
ชื่อโครงการ :	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร
รหัสโครงการ :	225/2554
ชื่อหัวหน้าโครงการ :	นายศักดิ์สิทธิ์ มหารัตนวงศ์
หน่วยงานที่สังกัด :	หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เอกสารที่รับรอง :	1. แบบเสนอโครงการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3. หนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย 4. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม
วันที่รับรอง :	17 กุมภาพันธ์ 2555
วันที่หมดอายุ :	16 กุมภาพันธ์ 2556

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม กฤษณ์ ฐิตินันท์

(รองศาสตราจารย์สุธรรม นันทมวงคชชัย)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม จารุพูนผล

(รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



Certificate of Approval
Ethical Review Committee for Human Research
Faculty of Public Health, Mahidol University

COA. No. MUPH 2012-084

Protocol Title : THE QUALITY OF LIFE STROKE PATIENT IN LUAGSUAN DISTRICT CHUMPHON PROVINCE

Protocol No. : 225/2554

Principal Investigator : Mr. Saksit Maharattanawong

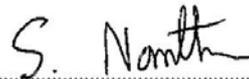
Affiliation : Master of Public Health
Faculty of Public Health, Mahidol University

Approval Includes :
1. Project proposal
2. Information sheet
3. Informed consent form
4. Data collection form/Program or Activity plan

Date of Approval : 17 February 2012

Date of Expiration : 16 February 2013

The aforementioned project have been reviewed and approved according to the Declaration of Helsinki by Ethical Review Committee for Human Research, Faculty of Public Health, Mahidol University.



(Assoc. Prof. Sutham Nanthamongkolchai)

Chairman of Ethical Review Committee for Human Research



(Assoc. Prof. Phitaya Charupoonphol)

Dean of Faculty of Public Health

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

นายศักดิ์สิทธิ์ มหารัตนวงศ์

วัน เดือน ปีเกิด

25 เมษายน พ.ศ. 2518

สถานที่เกิด

จังหวัดนครปฐม ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ.2536 –

พ.ศ.2542

แพทยศาสตร์บัณฑิต

ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย พ.ศ.2546 –

พ.ศ.2549

วุฒิบัตรศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์

ที่อยู่ปัจจุบัน

307 หมู่ 5 ถ.เพชรเกษม ต.วังตะกอก อ.หลังสวน

จ.ชุมพร 86100 โทรศัพท์ 0-7765-3051

โทรศัพท์(มือถือ) 08-9185-5033

E-mail : saksitmh@yahoo.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร

โทรศัพท์ 0-7752-9999

E-mail : saksitmh@yahoo.com