



ปัจจัยทำนายนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป



ปภาวดี ชีราวัฒน์

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป"

ของ ปภาวดี ชีราวัฒน์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชากรนต์ ทรงไทย)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ดร.แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ดร.รุ่งนภา ชัยรัตน์)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป
ผู้วิจัย	ปภาวดี ชีราวัธน
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชนกานต์ ทรงไทย
กรรมการที่ปรึกษา	ดร.แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ พย.ม. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566
คำสำคัญ	คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, โรคหลอดเลือดสมอง, ยุคปกติถัดไป

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางนี้เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 120 ราย ที่ได้จากการสุ่มแบบมีระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติและสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย แบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ภาวะซึมเศร้า 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3) การสนับสนุนทางสังคม และ 4) คุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับนี้ที่เคยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและมีความเที่ยงเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ผู้วิจัยขออนุญาตใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงแต่นำมาทดสอบความเที่ยงซ้ำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.71 , 0.94 , 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ค่าถดถอยโลจิสติกทีโดยวิธี Forward stepwise

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.83 ปัจจัยที่ทำนายโอกาสของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 61.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีประสิทธิภาพการทำนายถูกต้องร้อยละ 87.50 ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ไปใช้เป็นข้อมูลในการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

Title	FACTORS INFLUENCING QUALITY OF LIFE IN ELDERLY STROKE IN NEXT NORMAL
Author	Papahwadee Chirawat
Advisor	Assistant Professor Nichakarn Songthai, Ph.D.
Co-Advisor	Sangduan Apiratanawong, Ph.D.
Academic Paper	M.N.S. Thesis in Adult and Gerontological Nursing - (Type A2), Naresuan University, 2023
Keywords	quality of life, elderly stroke, next normal

ABSTRACT

The purpose of this cross-sectional research was to study factors predicting the quality of life of elderly people with stroke in the next normal era. The 120 elderlies with stroke diagnosed within six months, obtained from systematic random sampling was the study sample. Data were collected from profile files and structured interviews. The research tools were a demographic data and illness history form, The questionnaires consisting of 1) depression 2) Perception of self-efficacy 3) social support and 4) quality of life of stroke patients. All four questionnaires have been previously completely standard content validity and reliability. The researcher asked permission to use it without modifying but re-test the reliability. The Cronbach's alpha coefficient of the questionnaire was obtained as 0.71, 0.94, 0.92, and 0.95, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and analyze the binary logistic regression using the Forward stepwise method.

The research results found that the elderly with stroke had an overall quality of life at a good level (70.83%). Factors which predict good quality of life include the severity of the disease, type of stroke, and perception of self-efficacy. The three factors together able to predict 61.90% with statistical significance at the .05 level and had a correct prediction efficiency of 87.50%. The results of this study can utilize to provide information for effective continuously care in order to promote good quality of life for elderly people with stroke.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ณิชกานต์ ทรงไทย ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่ามาเป็นทีปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลา

ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณ ดร. แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า

กราบขอบพระคุณโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูล รวมถึงผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่าน จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

เหนือสิ่งอื่นใด ขอกราบขอบพระคุณครอบครัวของผู้วิจัยที่ให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา

ปภาวดี ชีราวัฒน์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
ประกาศคุณูปการ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญรูปภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	7
ความสำคัญของการวิจัย.....	8
ขอบเขตของงานวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
สมมติฐานของการวิจัย.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
โรคหลอดเลือดสมอง.....	12
การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง.....	17
ระบบบริการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป.....	23
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	26
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	41

กรอบแนวคิดการวิจัย	44
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย.....	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	46
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	50
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	52
บทที่ 4 ผลการวิจัย	55
ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย.....	55
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	58
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความ รุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การ สนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	59
บทที่ 5 บทสรุป.....	63
สรุปผลการวิจัย.....	63
อภิปรายผลการวิจัย	64
ข้อเสนอแนะ	69
บรรณานุกรม	70
ภาคผนวก.....	83
ประวัติผู้วิจัย	112

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูลและประวัติการเจ็บป่วยของ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามคุณภาพชีวิต.....	56
ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จำแนกรายด้าน (n=120)	58
ตาราง 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความ รุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะ ซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป (n=120)	59
ตาราง 4 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบเดินหน้า (Forward LR) ของปัจจัย ทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป.....	61
ตาราง 5 แสดงการจำแนกตัวแปรทำนายและตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม	100
ตาราง 6 แสดงการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ..	110
ตาราง 7 แสดง Model summary	111
ตาราง 8 แสดง Classification Table Step 0	111
ตาราง 9 แสดง Classification Table	112
ตาราง 10 แสดงคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายข้อและรายด้าน (เนื่องจากเป็นข้อคำถามเชิงลบจึง นำมาคำนวณโดยกลับค่าคะแนน)	113
ตาราง 11 แสดงคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	114

ตาราง 12 แสดงคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมของ
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง..... 115

ตาราง 13 แสดงคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมอง..... 117



สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพ 1 Integrative Quality of Life meta-theory.....	27
ภาพ 2 Quality of Life Index : QLI.....	28
ภาพ 3 Quality of Life Index and its domains: From Ferrans (1996).....	28
ภาพ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย	44



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2560-2565 พบว่า แนวโน้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 278.49, 308.20, 318.89, 328.01, 330.22 และ 330.72 ตามลำดับ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2565) โรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะทำให้เกิดอันตรายอย่างเฉียบพลันแล้วยังเป็นอันตรายถึงชีวิต ซึ่งจะเห็นได้จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (คิดเป็นอัตราการตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 69 (กรมควบคุมโรค, 2565) จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความสำคัญและมีความชุกค่อนข้างสูงโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองรองมาจากภาวะหัวใจขาดเลือด ซึ่งไมเนอร์ (Meiner, 2015) ได้อธิบายว่า เมื่ออายุมากขึ้นโปรตีนบางส่วนที่เป็นโครงสร้างของหลอดเลือดและระบบไหลเวียนเลือดจะมีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะไขว้ขวางกัน (Cross-Linked) ส่งผลให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดแข็งตัวและไม่ยืดหยุ่น นอกจากนี้ เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดมีการสะสมของสารไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) ทำให้หลอดเลือดหนาและแข็งตัวขึ้นทั้ง 2 กลไกทำให้หลอดเลือดสมองเปราะ แตกง่าย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จึงเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้บ่อยในผู้สูงอายุและฟันตัวได้ช้ากว่าวัยอื่น ๆ ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีความทุกข์ทรมานจากภาวะพังกงคนในครอบครัวและผู้อื่นทางด้านร่างกาย เช่น ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้จากอาการแขนขาอ่อนแรง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ นอกจากนี้จากสภาพความเจ็บป่วยเรื้อรังดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจ ของผู้สูงอายุจนบางครั้งอาจเกิดภาวะซึมเศร้า (นพวรรณ ดวงจันทร์ และคณะ, 2564)

ผลกระทบที่ตามมานอกจากจะทำให้เสียชีวิตดังที่กล่าวมาข้างต้น ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดผลกระทบในระยะยาวต่อร่างกาย สติปัญญา การเรียนรู้ สภาพจิตใจและสังคม โดยพบว่าร้อยละ 70-85 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตเกิดความพิการที่สำคัญคือ อัมพาตครึ่งซีก (ทัศนีย์ จินตกานนท์, 2562; พิชยนทร์ ดวงทองพล, 2563) ผู้ป่วยที่รอดชีวิต ร้อยละ 31 พบว่ามีความพิการหลงเหลืออยู่ถึงร้อยละ 90 ถึงแม้มีฟันหายแต่ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต

และผู้ป่วยร้อยละ 10 ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกาย (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565) ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถดูแลตนเองหรือไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาคารพุด การเคี้ยวหรือกลืนอาหารได้ลำบาก ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ยิ่งระดับความรุนแรงของโรคมามาก ยิ่งส่งผลกระทบต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ชญากุล นิตเกษมกุล, 2556) ยิ่งไปกว่านั้นพบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 71 ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างน้อย 100,000 บาทต่อปี และค่าใช้จ่ายในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 12,619 บาทต่อเดือน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565) ซึ่งผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และระบบการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (รังษิยา เชื้อเจ็ดตน, 2560) ดังนั้น พยาบาลในฐานะของผู้ให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมต่อไป

องค์การอนามัยโลก (2554, อ้างถึงใน เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อยู่เจริญ, และปานเพชร สกุกุ, 2564) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ในบริบทที่ดำรงชีวิตภายใต้วัฒนธรรมและระบบคุณค่า ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และการตระหนักของแต่ละบุคคล เป็นการรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สมรรถนะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสภาพแวดล้อมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม เฟอรรานส์และคณะ (Ferrans et al., 2005) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพว่าเป็นการมุ่งเน้นไปที่ความผิดปกติของร่างกายซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วยและการรักษา มุ่งเน้นที่ผลกระทบด้านลบของการเจ็บป่วยต่อมุมมองของแต่ละคนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นรวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นประสบการณ์ชีวิตที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความเจ็บป่วยอันเป็นผลกระทบของโรคจากพยาธิสภาพโรคหลอดเลือดสมอง (สาตี เณลิวรรณพงศ์, 2552) ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีการเปลี่ยนแปลงไป 2 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย และจิตสังคม สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลา สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคลซึ่งในการวิจัยครั้งนี้คือความเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง เฟอรรานส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) ได้อธิบายว่าปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตประกอบด้วย ปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และ ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม นอกจากนี้ยังพบว่า มีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางอ้อมได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านอาการ และปัจจัยด้านการทำหน้าที่ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะเส้นเลือดในสมองและทำการวิเคราะห์ตามองค์ประกอบของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของเฟอร์รานส์และคณะ (Ferrans et al., 2005) พบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีปัจจัยที่สำคัญและสอดคล้องสามารถจำแนกตามองค์ประกอบตามแนวคิดของเฟอร์รานส์และคณะ ดังนี้

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) ซึ่งเป็นอิทธิพลทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ จากการวิจัยก่อนหน้าพบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลได้รับกิจกรรมหรือพฤติกรรมช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากบุคคลในเครือข่ายสังคมที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วยไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน หรือบุคลากรสาธารณสุข จากการศึกษาของ สุภัทรา ผิวขาว, สุนิดา ปรีชาวงษ์ และชนกพร จิตปัญญา (2559) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก พบว่าการได้รับสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุประสงค์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .485, p < .01$)

ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological function) เป็นการทำหน้าที่ทางกาย การประเมินด้านร่างกาย (physical assessment) และการวินิจฉัยโรค (medical diagnosis) จากการวิจัยก่อนหน้าพบว่าปัจจัยด้านชีวภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง โดยอไล (Ali, 2020) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด และผู้ป่วยเส้นเลือดในสมองแตกพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นเลือดในสมองแตกที่มีคุณภาพชีวิตแย่กว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คரியาวซัม และคณะ (Kariyawasam et al., 2020) พบว่า ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง อายุ และตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 52 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ หรือความสามารถในการรับรู้ของบุคคล เช่น ความอ่อนล้า ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า จากการวิจัยก่อนหน้าพบว่าปัจจัยด้านอาการที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ไปสู่ภาวะของจิตใจที่เศร้าซึม หม่นหมอง ไม่มีความสุข ซึ่งเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ปฏิกริยาทางอารมณ์ซึ่งเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จากการศึกษาวิจัยของ ดารุจ อนิวรรณตพงษ์ (2561) พบว่าภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด นอกจากนี้ จันทร์จิรา

สี่สว่าง และปลูวิซซ์ ทองแดง (2559) ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 1 ปีแรกสูงกว่าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1-3 ปี ภาวะซึมเศร้าสามารถส่งผลกระทบต่อ การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาว และคุณภาพชีวิต โดยจากการศึกษาของ วิสเซอร์ (Visser et al., 2014) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุระหว่าง 18-80 ปี โดยมีระยะเวลาหลังเกิดโรค 18 เดือนขึ้นไป พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.689, p < .01$)

ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functional status) หมายถึง ความสามารถสูงสุดในการทำหน้าที่ทางกาย (Physical function) จากการวิจัยก่อนหน้าพบว่าปัจจัยด้านการทำหน้าที่ ที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่ง คริยาวซัม และคณะ (Kariyawasam et al., 2020) ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในประเทศศรีลังกา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาการเกิดโรค 3 เดือนหลังได้รับการวินิจฉัย มีอายุระหว่าง 18-80 ปี ซึ่งอายุเฉลี่ยคือ 66.1 ปี พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living based on Barthel Index scores) 3 เดือนหลังได้รับการวินิจฉัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.58, p < 0.01$) สอดคล้องกับอาห์เมด และคณะ (Ahmed et al., 2020) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุเฉลี่ย 54 (± 14.3) ปีพบว่า ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะซึมเศร้า ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและด้านจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 60 และร้อยละ 61 ตามลำดับ จากการศึกษาของ สุทิน มณีชมภู (2562) พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับมากกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.855, p < .001$) นอกจากนี้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยด้านการทำหน้าที่ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองประเมินได้จากแบบประเมิน Modified Rankin Scale (mRS) จากการศึกษาของ โปห์โจลา และคณะ (Pohjola et al., 2021) พบว่า จากผู้ป่วยหลอดเลือดสมองผิดปกติเอวีเอ็ม (Arteriovenous Malformation : AVM) จำนวน 323 ราย ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง AVM ที่มี mRS 1-4 คะแนน มีคะแนนระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง AVM ที่มี mRS 0 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) สอดคล้องกับ รังษิยา เชื้อเจ็ดตน (2560) ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 63.46 ปี พบว่า ระดับความรุนแรง

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (mRS) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.316, p < 0.05$)

การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (General health perceptions) คือการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของบุคคลนั้น ๆ โดยการสังเคราะห์ความหลากหลายของภาวะสุขภาพทั้งหมด ซึ่งเป็นผลมาจากการประมวลผลปัจจัยด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านชีววิทยา ด้านอาการ และด้านการทำหน้าที่ทางกาย ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่กระทบต่อชีวิตทำให้พฤติกรรมและคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การศึกษาของ สุภัทรา ผิวขาว และคณะ (2559) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .510, p < .01$) สอดคล้องกับปีเตอร์, พอตเตอร์, เคลลี และฟิตซ์แพทริก (Peters, Potter, Kelly, & Fitzpatrick, 2019) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .54, p < 0.001$)

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เริ่มมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทยซึ่งนับเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของ ในหลายเรื่องเช่น การดูแลตนเอง การเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ การเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วย ร้อยละ 70.1 – 91.8 (ยศ วัชรคุปต์, และสมชัย จิตสุชน, 2563) และผลการสำรวจผลกระทบที่ผู้สูงอายุได้รับในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.00 ได้รับผลกระทบโดยเกิดความเครียด วิตกกังวล รongลงมา ร้อยละ 59.32 รายได้ลดลง มีภาระค่าใช้จ่าย หนี้สินมากขึ้น ร้อยละ 47.86 การออกไปพบปะสังสรรค์ ทำกิจกรรมนอกบ้าน ลดน้อยลง ร้อยละ 23.84 ผู้สูงอายุต้องใช้เทคโนโลยีซึ่งเป็นสิ่งที่ยากและเป็นภาระ (ศูนย์สำรวจความคิดเห็นทางสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2564) แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยผู้ป่วยที่มีอาการคงที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น แพทย์จะนัดติดตามอาการทุก 3 - 6 เดือนผ่านทางโทรศัพท์หรือการโทรผ่านภาพและเสียง (Video call) เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ อนุญาตให้ญาติมารับยาแทน หรือรับยาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เหล่านี้อาจส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย เลือกใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการให้ความรู้และคำปรึกษาซึ่งส่งทั้งผลดีและผลเสียในผู้ป่วยและผู้ดูแลแตกต่างกันออกไป (จารุวรรณ ปิยศิริ, 2563) ผลกระทบดังกล่าวอาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุลดลง สอดคล้องกับ เกศรินทร์ วิงพัฒน์ และโชติ บดีรัฐ (2565); ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง (2565) พบว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID -19

มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระดับมาก โดยเฉพาะด้านสุขภาพกายในยุคชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)

เมื่อก้าวผ่านจากชีวิตวิถีใหม่ที่อยู่ร่วมกับ COVID-19 ไปสู่ยุคปกติถัดไป (Next Normal) ที่เป็นการใช้ชีวิตในรูปแบบใหม่หลังจากที่ได้ปรับตัวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 โดยจะต้องมีการปรับตัวกลับเข้าสู่สภาวะปกติที่ไม่เหมือนเดิม เช่น การเปลี่ยนที่อยู่อาศัยเป็นสถานที่ทำงาน (Stay-at-home Economy) การดำเนินชีวิตแบบลดการสัมผัส (Touchless Society) รูปแบบการดำเนินชีวิตที่เน้นความปลอดภัยและลดผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (Regenerative Organic) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้กลุ่มคนในสังคมเกิดการรักษาระยะห่าง ความสัมพันธ์ของคนในสังคมลดน้อยลง การมีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันลดน้อยลง การดำเนินชีวิตตึงเครียดและมีความระแวงมากยิ่งขึ้น เมื่อมีความระแวงเกิดขึ้นภายในบุคคล จะทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจบุคคลรอบข้าง เช่น ญาติมิตร เพื่อนร่วมงาน หรือบุคคลใกล้ชิด อีกทั้งยังทำให้สภาพแวดล้อมของคนที่เคยสนิทใกล้ชิดกัน เริ่มมีความห่างเหินกันออกไป อาจทำให้ลดการช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ ทั้งนี้อาจทำให้เกิดช่องว่างของกลุ่มคนในสังคมมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ความสุขของคนในสังคมลดลง (สุพิชญา วงศ์วาสนา และชนกฤต หิรัญสาย, 2565) และอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้สึกต่อตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมเปลี่ยนไปในทางลบ การพบปะเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนลดน้อยลงเนื่องจากความสามารถทางร่างกายและสถานการณ์ระบาดของ COVID-19 ความไม่สะดวกในการเดินทางไปรับยาและตรวจตามแพทย์นัด การขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัญหาด้านการเข้าถึงข้อมูลและระบบสุขภาพเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสารข้อมูลและติดตามดูแลสุขภาวะ แต่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดทั้งด้านร่างกายในการเดินทาง รวมทั้งขาดทักษะทางเทคโนโลยีสารสนเทศจึงพบปัญหาในการเข้าถึงข้อมูล การเข้าถึงสิทธิด้านการรักษาและสวัสดิการรวมทั้งเข้าถึงระบบสุขภาพ เป็นต้น (ปริญญญาภรณ์ ธนะบุญปวง, 2565) วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าวสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในยุคปกติถัดไป จึงส่งผลต่อการดูแลสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดพิษณุโลกที่มีหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับรองรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยปีละประมาณ 355 ราย แบ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน 295 ราย และโรคหลอดเลือดสมองแตก 60 ราย (รายงานสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566) เมื่อให้การรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพจนกระทั่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพ้นระยะวิกฤตแล้ว ยังคงต้องให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีการประสานงานส่งต่อข้อมูลให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการติดตามและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และมีช่องทางติดต่อสื่อสารกลับมายังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรเมื่อต้องการความช่วยเหลือฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังมี

การนัดหมายผู้ป่วยมาติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง เมื่อพ้นช่วงของการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 และเข้าสู่ยุคปกติถัดไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรมีการปรับรูปแบบการให้บริการที่เคร่งครัดจากยุคชีวิตวิถีใหม่ ที่ต้องมีการเว้นระยะห่าง มาตรการ D - M - H - T - T มาเป็นการใช้มาตรการ Universal Prevention และเมื่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับเชื้อ COVID-19 จะต้องหยุดให้บริการผู้ป่วยจึงอาจทำให้การให้บริการของการดูแลรักษา การติดตามเยี่ยมบ้าน รวมไปถึงการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองห่างออกไป นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายได้รับเชื้อ COVID-19 ไม่สามารถมาตรวจตามแพทย์นัดได้ หรือขาดการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง ทำให้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตสังคมแย่ลง เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา การดำเนินชีวิตในยุคปกติถัดไป ซึ่งยังไม่มีการศึกษาว่ารูปแบบการบริการและบริบทแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการการรักษาหรือไม่

จากการทบทวนงานวิจัยก่อนหน้าเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า 1) ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง 2) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4) ภาวะซึมเศร้า 5) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 6) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แต่เป็นการศึกษาก่อนการแพร่ระบาดของ COVID-19 และยังไม่พบว่ามีการนำปัจจัยทั้งหมดมาศึกษาอำนาจในการทำนาย โดยเฉพาะในระยะหลังการแพร่ระบาดของ COVID-19 ซึ่งเป็นบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปแบบการบริการและสิ่งแวดล้อมทางสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามวัยอันส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรคมกกว่าวัยอื่น และมีข้อจำกัดที่ทำให้การฟื้นฟูเป็นไปได้ช้า อีกทั้งยังเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีการเปลี่ยนแปลงตามวัยและข้อจำกัดในการดำรงชีวิตตามปัจจัยลักษณะเฉพาะบุคคลที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะในสภาพแวดล้อมในยุคปกติถัดไปที่อาจส่งผลกระทบต่อแรงสนับสนุนทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Ferrans et.al (2005) ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองซึ่งนับเป็นกลุ่มเปราะบาง จึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในยุคปกติถัดไปให้ดีขึ้น

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป

ความสำคัญของการวิจัย

ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป และสามารถนำปัจจัยทำนายที่มีผลเชิงบวกไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้ดำรงชีวิตในยุคปกติถัดไปหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 อย่างคุณภาพชีวิตที่ดี

ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research)

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของเฟอร์รานส์และคณะ (Ferrans et al., 2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน (ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ กรกฎาคม พ.ศ. 2566 - มีนาคม พ.ศ. 2567)

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ตามจำนวนที่คำนวณได้จากสูตร Thorndike (1978) และมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 120 ราย

3. ขอบเขตด้านตัวแปร

3.1 ตัวแปรต้น ประกอบด้วย ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

3.2 ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

4. ขอบเขตด้านสถานที่และเวลา

การศึกษานี้ทำการศึกษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ในเดือนมกราคม พ.ศ.2567 - มีนาคม พ.ศ.2567

นิยามศัพท์เฉพาะ

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อสถานการณ์ ความเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีการเปลี่ยนแปลงไป 2 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย และ จิตสังคม สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลา สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ การรับรู้ของบุคคล โดยประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับย่อ สร้างและพัฒนาโดยโพสท์ และคณะ (Post et al., 2011) ฉบับแปลไทยของ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ (2562) ประกอบไปด้วยการประเมินด้านร่างกาย 6 ข้อ และด้านจิตสังคม 6 ข้อ รวมทั้งหมด 12 ข้อ

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การจำแนกประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง ตามสาเหตุการเกิดโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน และโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดแตก โดยแพทย์เป็นผู้วินิจฉัย ซึ่งข้อมูลได้จากแบบฟอร์มข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากผู้จัดการรายกรณี

ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ระดับความพิการของผู้สูงอายุโรค หลอดเลือดสมอง ประเมินได้จากแบบประเมิน Modified Rankin Scale (mRS) มีคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนน โดยใช้คะแนนจากแบบประเมิน mRS ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นครสวรรค์ ซึ่งข้อมูลได้จากแบบฟอร์มข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผู้จัดการรายกรณี

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การปฏิบัติที่เป็นประจำในแต่ละวัน ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในการช่วยเหลือตนเองในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ แต่งตัว การเคลื่อนไหว และการขับถ่าย วัดได้จากแบบประเมินความสามารถปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน The Barthel Activity of Daily Living Index (ADL) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2537) และปรับปรุงฉบับภาษาไทยเพิ่มเติมโดยสถาบันประสาทวิทยา (2550) โดยใช้คะแนนประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายออกโรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลได้จากแบบฟอร์มข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผู้จัดการรายกรณี

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมปฏิกริยา ทางอารมณ์ซึ่งเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมองใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ฉบับภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล, สุธิดา สัมฤทธิ์, และรัตนา สายพานิช (2551)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การรับรู้ การตัดสินใจ พิจารณาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในความยากง่าย ความมั่นใจ และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขณะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง วัดได้จากแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสุภัทรา ผิวขาว และคณะ (2559)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับกิจกรรมหรือพฤติกรรมการช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากบุคคลในเครือข่ายสังคมที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วยไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน หรือบุคลากรสาธารณสุข วัดได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้จากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม สร้างโดย ฮานี เวาะและ (2559)

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือแตก ไม่เกิน 6 เดือน ที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ในเดือนมกราคม พ.ศ.2567- มีนาคม พ.ศ.2567

ยุคปกติถัดไป หมายถึง การใช้ชีวิตในรูปแบบใหม่หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ปี พ.ศ. 2566 ที่เน้นความปลอดภัยของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานของการวิจัย

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 การศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ศึกษา เอกสาร บทความและงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง
 2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 3. ระบบบริการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป
 4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
 - 4.1 ความหมาย
 - 4.2 องค์ประกอบ
 - 4.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ เพอร์รานส์
- และคณะ
- 4.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 4.5 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 6. กรอบแนวคิดการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมอง

1. ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565)

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป นำมาซึ่งอาการและอาการแสดงซึ่งคงอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต ทั้งนี้โรคหลอดเลือดสมองเกิดได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งสามารถออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1.1 โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบประมาณร้อยละ 70.00-75.00 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ทำให้เซลล์สมองและเซลล์เนื้อเยื่อ อื่น ๆ ขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน ซึ่งอาจเกิดจากภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือด เช่น ไขมันและเกล็ดเลือดมาเกาะที่ผนังหลอดเลือด หรือมีการสร้างชั้นของผนังหลอดเลือดที่ผิดปกติทำให้ผนังหลอดเลือดหนาและเสียความยืดหยุ่น ทำให้มีการตีบ หรืออุดตันของหลอดเลือดได้ นอกจากนี้อาจเกิดจากลิ่มเลือดที่มาจากที่อื่น ๆ เช่น ลิ่มเลือดจากหัวใจหรือจากหลอดเลือดแดงคาโรติด ที่คอหลุดลอยมาอุดตันหลอดเลือดในสมอง เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการชาอ่อนแรงของแขนขาซีกใดซีกหนึ่ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด อาจเคยมีอาการมาก่อน แล้วดีขึ้นเองเป็นปกติ ซึ่งเป็นลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว มักมีอาการหลังตื่นนอน หรือขณะทำกิจกรรม ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนแรงมากขึ้นและซึมลงภายใน 3-5 วันหลังมีอาการ เนื่องจากสมองบวม

1.2 โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) โรคหลอดเลือดสมองแตกพบเพียงประมาณร้อยละ 25.00-30.00 แต่มีความรุนแรงมากกว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองแตก สามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ เลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) ซึ่งจะพบลิ่มเลือดในเนื้อสมอง และเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage) ผู้ป่วยจะมีเนื้อสมองที่บวมขึ้น และกดเบียดเนื้อสมองส่วนอื่น ๆ ทำให้สมองส่วนนั้นสูญเสียการทำงานไป สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองแตก อาจเกิดจากความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมองโป่งพอง เป็นต้น มักมีอาการปวดศีรษะทันที อาเจียน แขนขาอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีก พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ชัก หรือหมดสติได้

2. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง

สถิติโลกระบุว่า ปี 2563 มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565) ปัจจุบันสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 2 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก และสูงเป็นอันดับ 5 ของประชากรที่มีอายุ 15 - 59 ปี นอกจากนี้ พบว่า แต่ละปีมีประชากรทั่วโลก เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 6 ล้านคน

ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายใหม่ ประมาณ 15 ล้านรายต่อปี ในจำนวนนี้ เสียชีวิต ประมาณ 5 ล้านราย ที่เหลือเกิดความพิการเป็นส่วนใหญ่ โดยพบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนารวมถึงประเทศไทยด้วย (รัตนพร สายตรี, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศ วรเดช, 2562) สำหรับสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย มีผู้ป่วยปีละประมาณ 300,000 คนต่อปี ข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 293,463 คน (อัตรา 451 ต่อแสนประชากร) ในปี 2559 เพิ่มขึ้นเป็น 331,086 คน (อัตรา 506 ต่อแสนประชากร) ในปี 2561 จากรายงานสถิติสาธารณสุข ปี 2564 โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของประชากรไทย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 52.80 ต่อประชากรแสนคน เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2559 ที่มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 48.70 ต่อประชากรแสนคน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565) สำหรับอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยต่อแสนประชากร อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปตั้งแต่ปี 2560-2565 พบว่าแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องคือ 278.49, 308.20, 318.89, 328.01, 330.22 และ 330.72 ตามลำดับ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2565) รายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน คิดเป็นร้อยละ 69.00 (กรมควบคุมโรค, 2565)

สรุปได้ว่าภาวะเส้นเลือดในสมองแตกมีอุบัติการณ์และมีแนวโน้มความรุนแรง อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทั่วโลก รวมไปถึงในประเทศไทย บุคลากรทางสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญตั้งแต่การเริ่มต้นรักษาไปจนถึงการจำหน่ายกลับไปรักษาต่อที่บ้านเพื่อลดการสูญเสียสุขภาพ

3. อาการนำและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

3.1 อาการนำ เป็นอาการก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาทอย่างเฉียบพลันทันทีทันใด มีสาเหตุมาจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว โดยจะแสดงอาการออกมาเป็นระยะเวลาสั้น ๆ ราว 5-10 นาทีและจะหายเป็นปกติภายในเวลา 24 ชั่วโมง (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565) และอาจพบอาการและอาการแสดงดังนี้

3.1.1 อ่อนแรง และ/หรือชาของแขนขาข้างใดข้างหนึ่ง ร่วมกับมีอาการชาที่ใบหน้า ข้างใดข้างหนึ่ง (อัมพฤกษ์หรืออัมพาตครึ่งซีก)

3.1.2 ตามองเห็นไม่ชัดหรือมืด ทันทีทันใด โดยเฉพาะเป็นข้างเดียว หรือมองไม่เห็นครึ่งซีกของลานสายตา มองเห็นภาพซ้อนเป็น 2 ภาพ ตาเหล่

3.1.3 ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด รู้สึกลิ้นแข็งเวลาพูด พูดไม่ออก นึกคำไม่ออก พูดไม่เข้าใจ คิดคำนวณไม่ได้มีความผิดปกติในการใช้ภาษา

3.1.4 ปวดศีรษะ หรือ เวียนศีรษะ หรือบ้านหมุน เดินเซ เสียการทรงตัว

3.2 อาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งตามระยะเวลาการเกิดโรค แบ่งได้เป็น 3 ระยะ (นันทวรรณ ทิพยเนตร และวชิร ชนะบุตร, 2559) ได้แก่

3.2.1 ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ กระทบอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักจะใช้เวลา 24- 48 ชั่วโมง อาการและอาการแสดงที่เป็นปัญหาหลักในระยะนี้ได้แก่ อาการหมดสติ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายของผู้ป่วยไว้เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต

3.2.2 ระยะหลังเฉียบพลัน (Post-acute stage) คือ ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1- 14 วัน

3.2.3 ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) ระยะนี้อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย หรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนแรง โดยส่วนใหญ่หลังผ่าน 48 ชั่วโมง กล้ามเนื้อที่อ่อนแรงจะค่อย ๆ เกร็งแข็งขึ้น การดูแลรักษาในระยะนี้เน้นที่การฟื้นฟูเพื่อลดความพิการเป็นหลักและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยในระยะนี้แบ่งเป็น ระยะฟื้นฟูระยะแรก (Early recovery) จะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกาย กับการพึ่งพาตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Late recovery) เป็นระยะที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะมีการพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาทการใช้ภาษา การพูด ซึ่งระยะนี้อาจใช้เวลา 4 - 6 เดือน หรือในบางรายอาจนานถึง 1 ปี

กล่าวโดยสรุป โรคหลอดเลือดสมองมีอาการนำ หรืออาการแสดงหลักที่เห็นได้ชัดคือ อาการอ่อนแรง ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละระยะเวลาของการเกิดโรค และอาจจะคงอยู่กับผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานถึง 6 เดือน

4. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ และผลกระทบด้านสังคม (พัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2559)

4.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

4.1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในสมองส่วนกลาง เปลือกสมองหรือสมองน้อย ทำให้ความแข็งแรงและความตึงตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนไป โดยระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนแรง ผู้ป่วยจะรู้สึกแขน ขาหนักขึ้น และผู้ป่วยจะควบคุมการเคลื่อนไหว

ลำบากหรือบางรายไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ อาการอ่อนแรงจะเกิดขึ้นที่ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในสมอง เมื่อพันธะอ่อนแรงจะเกิดอาการแข็งเกร็ง โดยจะเกิดการงอของข้อมือ ข้อศอก กำมือแน่น ข้อสะโพกกางออก ข้อเข่าและนิ้วเท้างอเข้า หากอาการเกร็งคงอยู่นานจะส่งผลให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดของข้อต่าง ๆ สูญเสียหน้าที่ ซึ่งจะทำให้ข้อต่าง ๆ เหยียดลำบาก เกิดความยากลำบากในการเคลื่อนไหวของแขนขาด้านที่มีอาการ

4.1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ทั้งที่มองเห็น บางรายผู้ป่วยเข้าใจภาษาพูด เขียน สัญลักษณ์ต่าง ๆ รู้ว่าจะตอบสนองอย่างไรแต่พูดไม่ได้ และบางรายที่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อควบคุมการพูด กล้ามเนื้อใบหน้า เหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ความคิดของตนเองได้

4.1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองที่ควบคุมการเคี้ยวอาหาร การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและเส้นประสาทที่ควบคุมเกี่ยวกับการกลืน การเคลื่อนไหวของลิ้น ความผิดปกติเหล่านี้จะทำให้ริมฝีปากปิดไม่สนิท ลิ้นไม่สามารถวัดอาหารในทิศทางต่าง ๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรงไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบาก เพดานปากอ่อนแรงไม่สามารถเคลื่อนปิดกับผนังคอหอย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยสำลักขณะกลืนอาหาร ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 59.00 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดและยังเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อที่ปอด

4.1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองพาริเอทัล (Parietal) ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก ผู้ป่วยอาจบอกตำแหน่งจุดสัมผัสไม่ได้ ที่พบได้บ่อย เช่น สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด ความร้อน-เย็น และผู้ป่วยอาจมีความบกพร่องในการรับรู้ตนเอง ขาดความสนใจต่อความพิการ จะทำให้บกพร่องในการปรับท่าและการเคลื่อนไหว เป็นต้น

4.1.5 ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา ขาดสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจง่าย สูญเสียความทรงจำ ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริง ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ได้ทั้งหมด ยากต่อการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่ซ้ำซาก ไม่สามารถหลบหลีกอันตรายได้

4.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์

ปัญหาทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจเกิดจากสภาพของจิตใจผู้ป่วยที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว เกิดจากการตอบสนองทางด้านจิตใจต่อความบกพร่องทางร่างกาย และเกิดจากการที่มีพยาธิสภาพที่สมองโดยตรง ส่วนผลกระทบด้านอารมณ์ที่พบบ่อยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองคือ ภาวะซึมเศร้า พบได้ร้อยละ 25.00-60.00 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โดยอาการที่แสดงให้เห็นคือ อารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล ขาดความ กระตือรือร้น ขาดความสนใจ ในการดูแลตัวเอง แยกตัวเองไม่ให้ความร่วมมือ นอนไม่หลับและเบื่ออาหาร เป็นต้น สอดคล้องกับ ฮานี เวาะและ (2559) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกกว่าตนเองไม่มีคุณค่าและเป็นภาระสำหรับบุคคลอื่น เนื่องมาจากความผิดปกติและความพิการของร่างกาย รวมทั้งความบกพร่องในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองลดลง ความกลัว ได้แก่ กลัวพิการ กลัวภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง กลัวทุกข์ทรมาน กลัวการทอดทิ้งและกลัวตาย ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วย เกิดความกังวลตามมา อีกทั้งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นยังมีสาเหตุมาจากความคับข้องใจและความรู้สึก ขัดแย้งในใจจากการที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น เป็นต้น

4.3 ผลกระทบด้านสังคม

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านพร้อมด้วยความพิการหรือ ความบกพร่องทางร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกหมดหวัง ทำให้มีปฏิกริยาต่อสังคมในแง่ลบ โดยแสดงพฤติกรรมหลบเลี่ยงและแยกตัวออกจากสังคม นอกจากนี้ การกลับมาอยู่ที่บ้านยังส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการปรับตัวครั้งสำคัญเนื่องมาจากความบกพร่อง ทางกายด้วยถึงแม้จะมีการจัดเตรียมสภาพแวดล้อมไว้ล่วงหน้าอย่างดีแล้วก็ตาม ผู้ป่วยยังต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างไปจากที่คุ้นเคย และไม่เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้นที่ต้องปรับตัว สมาชิกในครอบครัวก็ต้อง ปรับตัวด้วยเช่นกัน (สายสุณี เจริญศิลป์, 2564)

กล่าวโดยสรุปคือ โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและ อารมณ์ และด้านสังคมของผู้ป่วย โดยผลกระทบด้านร่างกายที่สำคัญและเป็นปัญหาคือ ความผิดปกติ ด้านการเคลื่อนไหว ทำให้ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ผลกระทบด้านจิตใจและ อารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบได้มากที่สุดคือภาวะซึมเศร้า ส่วนผลกระทบด้านสังคมคือ ผู้ป่วยจะแยกตัวจากสังคมเนื่องจากขาดความมั่นใจในตนเอง บุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่ง พยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการให้การพยาบาล และดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับผลกระทบ ดังกล่าว

การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามระยะเวลาการเกิดโรค (สถาบันประสาทวิทยา, 2558) ดังนี้คือ

1. ระยะเฉียบพลัน

1.1 ชักประวัติถึงอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองจะมีความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นทันทีทันใด อาการอาจแตกต่างกันตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่อุดตัน โดยมีอาการเตือนที่สำคัญอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า 1 ใน 5 อย่าง ต่อไปนี้

1.1.1 การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เช่น มีอาการชาหรืออ่อนแรงแขนขาหรือใบหน้า ส่วนใหญ่มักเป็นที่ร่างกายเพียงซีกใดซีกหนึ่ง

1.1.2 การมองเห็นผิดปกติ เช่น ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็นทันที

1.1.3 การพูดผิดปกติเช่น พูดลำบาก พูดไม่ได้ หรือไม่เข้าใจคำพูด

1.1.4 มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงทันทีโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน

1.1.5 เวียนศีรษะ มีอาการมึนงง บ้านหมุน หรือเดินเซ เสียการทรงตัว ล้มง่าย

1.2 การประเมิน ในภาวะฉุกเฉินพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยในรายที่สงสัยว่ามีอาการของโรคหลอดเลือดสมองจากอาการและอาการแสดงดังกล่าวแล้ว ควรซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมดังนี้

1.2.1 การซักประวัติระยะเวลาที่เริ่มเป็น ถามเวลาที่เริ่มเป็นให้ได้เวลาที่ชัดเจน เช่น เป็นมาแล้ว 3 ชั่วโมง หรือ 6 ชั่วโมง หรือเวลาครั้งสุดท้ายที่พบว่าผู้ป่วยยังมีอาการปกติ เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจให้การรักษาของแพทย์ เวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการมีความสำคัญมากในการประเมิน เช่น ถ้าผู้ป่วย/ญาติแจ้งว่า มีอาการหลังตื่นนอน และไม่ทราบเวลาเข้านอนที่ชัดเจน จะทำให้ไม่ทราบ Stroke onset และไม่สามารถพิจารณาเข้า Stroke fast track แต่ถ้าทราบเวลาที่ชัดเจน และช่วงเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงก็สามารถพิจารณาการเข้าแผนการรักษาผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (stroke fast track)

1.2.2 การตรวจร่างกาย โดยการตรวจร่างกายง่าย ๆ เช่น ตรวจดูการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า (facial drop) โดยให้ผู้ป่วยยืมฟันแล้วสังเกตดูกล้ามเนื้อใบหน้าทั้งสองข้างว่าเท่ากันหรือไม่ ถ้ามุมปากด้านใดตก แสดงว่ากล้ามเนื้อใบหน้าด้านนั้นอ่อนแรง นอกจากนี้ยังมีการตรวจการอ่อนแรงของแขน (pronator drift) และตรวจความแข็งแรงของแขน โดยการให้ผู้ป่วยใช้ฝ่ามือสองข้างดันกับมือผู้ตรวจเพื่อดูว่าผู้ป่วยมีแรงต้านหรือไม่ ถ้าไม่มีแรงต้านเลยแสดงว่าแขนอ่อนแรง

ส่วนการตรวจกำลังของขาทำได้โดยการให้ผู้ป่วยนอนหงายและยกขา ทั้งสองข้างขึ้นและค้างไว้หรือให้ลองถีบจักรยานในอากาศ ถ้าขาผู้ป่วยอ่อนแรงจะทำได้

1.3 การตรวจร่างกายอื่น ๆ เช่น สัญญาณชีพ และความผิดปกติทางระบบประสาท เช่น กลาสโกว์โคมาสกอร์ (Glasgow Coma Score : GCS) แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (National Institute of Health Stroke Scale : NIHSS) ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O_2 sat) ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจเอกซเรย์สมองด้วยคอมพิวเตอร์ (CT brain)

1.4 รายงานแพทย์ ในกรณีที่มีความผิดปกติ ได้แก่ 1) สัญญาณชีพผิดปกติ โดยมีค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure : SBP) ≥ 185 mmHg หรือ ความดันช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure : DBP) ≥ 110 mmHg 2) ภาวะพร่องออกซิเจน คือ O_2 Sat $< 94\%$ หรือผู้ป่วยมีภาวะ cyanosis 3) ระดับความรู้สึกตัว (GCS) ≤ 10 คะแนน 4) มีความผิดปกติทางระบบประสาททันทีทันใด 5) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ เช่น DTX ≤ 50 mg% หรือ ≥ 400 mg% และ 6) อาการอื่น ๆ เช่น อาการเจ็บหน้าอก ชัก เกร็ง กระตุก เหนื่อยหอบ เป็นต้น

2. ระยะหลังเฉียบพลัน

2.1 ประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว โดยใช้ GCS, ขนาดรูม่านตา และปฏิกิริยาต่อแสง, กำลังของแขน ขา (motor power) และ สัญญาณชีพ ถ้ามีผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้คือ

2.1.1 อุณหภูมิร่างกาย ≥ 37.5 องศาเซลเซียส

2.1.2 ชีพจร < 60 ครั้งต่อนาที หรือ > 100 ครั้ง/นาที

2.1.3 อัตราการหายใจ < 16 ครั้ง/นาที และ > 20 ครั้ง/นาที หรือแบบแผนการหายใจที่ผิดปกติ

2.1.4 ความดันโลหิต SBP > 220 mmHg หรือ DBP > 120 mmHg วัด 2 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที

2.1.5 ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย (SpO_2) ให้ keep $SpO_2 > 94\%$ ให้รายงานแพทย์ทันที

2.2 สังเกตและบันทึกอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure: IICP) เช่น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว ชัก เกร็ง กระตุก และลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ pulse pressure กว้าง (SBP-DBP > 60 mmHg) ถ้าพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที พร้อมมีการบริหารจัดการช่วยเหลือโดยการจำกัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา จัดให้ศีรษะอยู่ในแนวตรง หลีกเลี่ยงการพับ งอ หรือ บิดเอียงศีรษะ หลีกเลี่ยงการงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา หลีกเลี่ยงการกดทับ หลอดเลือดบริเวณคอ เช่น

การใส่ hard collar, soft collar หลีกเลียงการผูกท่อช่วยหายใจ หรือ tracheostomy tube ที่แน่นเกินไป ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เป็นต้น

2.3 สังเกตอาการ progressive stroke, complete stroke และ recurrent stroke เช่น แขนขา ชา อ่อนแรง ข้างใดข้างหนึ่ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ หรือฟังไม่เข้าใจเพิ่มมากขึ้น

2.4 ประเมินกิจวัตรประจำวันโดยใช้ Barthel index

2.5 การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย พยาบาลควรมีการส่งเสริมการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว (early mobilization) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม ต้องให้ ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงใน 24 ชั่วโมงแรกจนกว่าอาการทางระบบประสาทจะคงที่ ถ้าอาการทางระบบประสาทและระบบ hemodynamic คงที่แล้ว ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวโดยการลุกนั่ง หรือลงจากเตียงที่สำคัญพยาบาลต้องประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยก่อนว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทที่แย่งภายหลังจากเปลี่ยนจาก ท่านอนเป็นท่านั่งหรือไม่ เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหว (นิภาพร บุตรสิงห์, 2562)

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ

3.1 ประเมินความสามารถการสื่อสารของผู้ป่วย เช่น พูดไม่ชัด พูดลำบาก ไม่เข้าใจ คำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้ และส่งปรึกษานักแก้ไขการพูด (ถ้ามี) เพื่อประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วยในการสื่อสารและวางแผนการฟื้นฟูสภาพ

3.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถพูดหรือแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้ พูดลำบากพูดไม่ชัด (aphasia หรือ dysarthria) การสนทนาแต่ละครั้งควรใช้ผู้สนทนาเพียงคนเดียว เพราะผู้ป่วยมีข้อจำกัดต่อการตอบสนองกับผู้พูดหลายคน และการสื่อสารแต่ละครั้งไม่ควรใช้เวลานานเกินไป ที่สำคัญคือ ขณะสื่อสารผู้สนทนาควรสบตาและพูดกับผู้ป่วยโดยตรง ไม่ควรมีกิจกรรมอย่างอื่นมาแทรกหรือเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการขัดขวางการสื่อสารของผู้ป่วย และควรให้เวลาผู้ป่วยในการสื่อสารอย่างเต็มที่ ไม่แสดงท่าทางรีบเร่งหรือเร่งรัดคำตอบจากผู้ป่วย นอกจากนี้ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูดโดยให้พูดซ้ำ ๆ เป็นประโยคหรือวลีสั้น ๆ ชัดถ้อยชัดคำ โดยสามารถให้ผู้ป่วยตอบคำถามเบื้องต้นด้วยคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่” และควรเตรียมอุปกรณ์ รูปภาพต่าง ๆ ไว้ในขณะสื่อสารเพราะถ้าผู้ป่วยมีความลำบากที่จะพูดอาจใช้การชี้ที่รูปภาพแทน และควรส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับญาติบ่อย ๆ

3.3 ในผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ให้การดูแลดังนี้

3.3.1 กระตุ้นให้มีการขับถ่ายปัสสาวะ โดยใช้หมอนอน ทุก 2 ชั่วโมง และค่อยขยายเวลาในการขับถ่ายปัสสาวะออกไป ในรายที่ปัสสาวะเองไม่ได้ รายงานแพทย์

3.3.2 กระตุ้นให้ดื่มน้ำ อย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซี (ถ้าไม่มีข้อจำกัด) แต่ไม่ควรดื่มปริมาณมากก่อนนอน อาจจะทำให้ปวดปัสสาวะช่วงนอนหลับ ทำให้รบกวนแบบแผนการนอน

3.3.3 ประเมินความสมดุล โดยบันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย

3.3.4 หลีกเลี่ยงการคายสวนปัสสาวะโดยไม่จำเป็นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ หรือใช้วิธีการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว

3.3.5 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ในรายที่คายสวนปัสสาวะอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

3.3.6 กระตุ้นให้ขับถ่ายอุจจาระ โดยใช้หมอนอนหลังอาหารเช้า 30 นาที ทุกวัน หรือแล้วแต่กิจวัตรของผู้ป่วย ในรายที่สามารถเข้าห้องน้ำได้ ให้พาเข้าห้องน้ำ

3.3.7 กระตุ้นให้ผู้ป่วยทานอาหารที่มีกากใย เพื่อช่วยในการขับถ่าย

3.3.8 กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

3.3.9 ในรายที่ไม่ถ่ายอุจจาระเกิน 3 วัน ให้ยาระบายอ่อน ๆ ตามแผนการรักษา

3.4 การจัดการภาวะซึมเศร้า พยาบาลควรตื่นตัวและให้ความสำคัญกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์จิตใจของผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลคือ ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า โดยใช้เครื่องมือการประเมินภาวะซึมเศร้าที่ได้มาตรฐาน ควรแจ้งแพทย์เพื่อปรึกษาจิตแพทย์ถ้าจำเป็น ประเมินความเสี่ยงเพิ่มเติมโดยการซักประวัติจากครอบครัว หรือผู้ดูแล ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านซึมเศร้า กรณีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังเกิด โรคหลอดเลือดสมองและติดตามอย่างใกล้ชิดหลังได้รับยา นอกจากนั้นการจัดการโปรแกรมเพื่อจัดการความเครียด ประกอบด้วย การให้ความรู้ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล และการประเมินอย่างต่อเนื่อง ควรทำควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้าเพื่อส่งเสริมการรักษาผู้ป่วย (นิภาพร บุตรสิงห์, 2562)

3.5 ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนในการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (พิชชานันท์ สงวนสุข และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, 2564) ดังนี้

3.5.1 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองอื่น เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การเลือกรับประทานอาหาร การทำกายภาพบำบัด การออกกำลังกาย การควบคุมความดันโลหิต การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจ พยาบาลและผู้ดูแลควรให้กำลังใจ กล่าวชมเชย ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

3.5.2 ใช้ตัวแบบเป็นสัญลักษณ์ ซึ่งการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้ป่วยอื่นที่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยอาจใช้สื่อวีดิทัศน์

3.5.3 บุคลากรด้านสุขภาพควรใช้คำพูดสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง การใช้คำพูดชักจูง กระตุ้นสะท้อนผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้เหมาะสมในอดีต พร้อมชมเชยและกล่าวเสริมแรงแก่ผู้ป่วยในการกระตุ้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

3.5.4 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม พูดคุยด้วยความเป็นกันเอง เพื่อกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางบวก ซึ่งอาจประกอบด้วย การกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุในการทำกายภาพบำบัดเมื่อกลับบ้าน การรับประทานยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง การมาตรวจติดตามอาการตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

3.5.5 ร่วมค้นหาปัญหาอุปสรรคและแนวทางจัดการอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและสิ่งแวดล้อมแต่ละบุคคล ทั้งให้คำปรึกษานับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง

3.6 การพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

3.6.1 การคัดเลือกผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ คือ คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน $BI \leq 75$ และ/หรือ $mRS \geq 3$ ผู้ป่วยที่มีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น ใส่ท่อหลอดลม ใส่สายให้อาหาร คาสายสวนปัสสาวะ, ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่บ้าน เช่น ผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฉีดยาทำแผล กายภาพบำบัดปัญหาจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ

3.6.2 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้ สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาทผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กิจวัตรประจำวัน (โดยใช้แบบประเมิน Barthel Index of Daily Living : BI) การรับประทานอาหาร และ ยา การสื่อสาร ความรู้ เกี่ยวกับเรื่องโรค การรักษา และการดูแลตนเอง การรับรู้ การขับถ่าย การเคลื่อนไหว ภาวะแทรกซ้อน สภาวะทางด้านอารมณ์และจิต และในกรณีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมอง ต้องประเมินแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และอาการผิดปกติหลังผ่าตัด

3.6.3 ประเมินความพร้อมของครอบครัว / ผู้ดูแล ในเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค ความรู้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สัญญาณอันตราย และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นต้น กรณีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมอง การดูแลแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนและอาการผิดปกติหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังต้องประเมินด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ทักษะการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อ ค่านิยมรวมไปถึงปัญหาอื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ภาระการดูแล เป็นต้น

3.6.4 วางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ครอบคลุม เช่น model D-M-E-T-H-O-D เป็นต้น

3.6.5 ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม โดยการเตรียมความพร้อมให้ญาติ ผู้ดูแล และครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว การจัดทำนอน การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สัญญาณอันตราย

3.6.6 สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร แนะนำแหล่งประโยชน์ทางสังคม เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและการเข้ารับการรักษาอย่างทันที่ (หมายเลขโทรศัพท์หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ทั่วประเทศ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อาการที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด เป็นต้น ฝึกทักษะในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน การรับประทานยา และอาการข้างเคียงของยาการฟื้นฟูสภาพ การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น

3.6.7 ในส่วนของครอบครัวและผู้ดูแล จะต้องได้รับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การทำกายภาพบำบัด การป้องกันและการดูแลแผลกดทับ การดูแลให้อาหารทางสายยาง และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การรับประทานยา การเก็บรักษา ยา และอาการข้างเคียงของยา เป็นต้น อีกทั้งให้คำปรึกษาสนับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย โดยอาจให้คู่มือแผ่นพับ วิดีโอการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและเครื่องมือ

3.6.8 ประสานการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

3.6.9 ประสานงานเครือข่ายเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การให้การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันไปตามระยะเวลาการเกิดโรค โดยระยะเฉียบพลันจะมุ่งเน้นที่การประเมินและช่วยเหลือเร่งด่วนเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และเมื่ออาการคงที่จะเข้าสู่ระยะหลังเฉียบพลัน เป็นการให้การพยาบาลเพื่อคงไว้ซึ่งอาการ และการสังเกตอาการผิดปกติ การพยาบาลเพื่อลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลง รวมไปถึงการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย ส่วนการพยาบาลระยะฟื้นฟูจะเน้นที่การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเองให้มากที่สุด และเปิดโอกาสให้ญาติ/ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย และที่สำคัญคือการเตรียมความพร้อมทั้งผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่ต้องปรับตัวภายหลังการแพร่ระบาดของ COVID-19 มาสู่รูปแบบการใช้ชีวิตยุคปกติถัดไป ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อนำปัจจัยที่ค้นพบจากการศึกษาไปใช้ในการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี

ระบบบริการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป

ยุค Next Normal หรือ ยุคปกติถัดไป คือ การใช้ชีวิตในรูปแบบใหม่ของคนทุกคนทุกเพศทุกวัย หลังจากที่ได้ปรับตัวกับสถานการณ์โควิด 19 เพื่อความอยู่รอด จนเกิดความคุ้นชิน ทั้งวิถีชีวิต วิธีเรียนรู้ วิธีสื่อสาร และวิถีปฏิบัติ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นแนวทางที่จะต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิตจากที่เคยออกจากบ้าน เพื่อไปทำงาน ไปโรงเรียน ต้องหันมาทำทุกอย่างอยู่ที่บ้าน เมื่อต้องออกจากบ้านก็ต้องใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันเชื้อโรค การมีระบบบริการผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งจะเห็นได้ว่า บนชีวิตวิถีใหม่มีการใช้บริการต่าง ๆ ผ่านระบบออนไลน์มากขึ้น มีแพลตฟอร์มบริการดิจิทัล (Digital Service Platform) บนระบบออนไลน์เกิดขึ้นมากมาย (พระครูใบฎีกาวิชาญ วิสุทโธ และยุภาพร ยุภาศ, 2565)

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในยุคปกติถัดไปจึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดการบริการ โดยเน้นการทำงานเชิงรุกมากขึ้นร่วมกับประยุกต์ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence : AI) ที่กำลังกลายเป็นปัจจัยที่ 5 ของชีวิตเข้ามาช่วยในกระบวนการบริการ เช่น การให้ข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ทั้งเว็บไซต์ของโรงพยาบาล หน่วยงานราชการ และผ่านแอปพลิเคชันที่ประชาชนให้ความนิยมต่าง ๆ เช่น ไลน์ (Line) เฟสบุ๊ก (Facebook) ตี๊กต็อก (TikTok) อินสตาแกรม (Instagram) และทวิตเตอร์ (Twitter) การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบออนไลน์ เช่น การนัดตรวจ การนัดรับยา และการให้คำปรึกษาต่าง ๆ การรักษาพยาบาล เช่น การใช้หุ่นยนต์ผ่าตัด การใช้หุ่นยนต์เดินสอ (Dinsow) ช่วยดูแลผู้ป่วย การรักษาพยาบาลและให้คำปรึกษาผ่านระบบทางไกล การส่งข้อมูลการรักษาแบบออนไลน์ เป็นต้น และการติดตามดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องผ่านการสื่อสารด้วยโซเชียลมีเดีย ซึ่งเป็นที่ยอมรับด้านประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์อย่างมากในยุคที่โรค COVID-19 เป็นโรคประจำถิ่น (Endemic) การปรับเปลี่ยนระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนยุคปกติถัดไป (Next Normal) สามารถจัดกลุ่มตามแนวคิดของ Kleinman (1980) เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมของสังคม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชน (Popular Sector of Health Care) ที่เน้นการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพและทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตทั้งระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน 2) ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ (Professional Sector of Health Care) มีบทบาทสร้างต้นแบบสุขภาพที่ดี การส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค การให้ความรู้และข้อมูลทางสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กับสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ประยุกต์ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นเครื่องมือช่วยในการสื่อสารกับผู้สูงอายุและครอบครัว และการติดตามให้การชี้แนะ (Coaching) รวมทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่องในสิ่งแวดล้อมตามสภาพจริงของผู้สูงอายุ ตัวอย่างระบบบริการสุขภาพ เช่น การให้วัคซีนในชุมชน การจัดการบริการให้วัคซีนโดยแจ้งวันนัดผ่านระบบออนไลน์ การบันทึก ข้อมูลวัคซีนในระบบหมอพร้อม และ

การจัดบริการ Home Isolation เป็นต้น 3) ระบบการดูแลสุขภาพแบบแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector of Health Care) จากการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงในยุคปกติถัดไปที่เน้นความปลอดภัย และลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (Regenerative Organic) การดูแลสุขภาพแบบแพทย์พื้นบ้านจึงมีบทบาทมากขึ้น โดยเฉพาะการใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือกในการส่งเสริมป้องกันโรค เมื่อพิจารณาการจัดบริการสุขภาพทั้ง 3 ส่วน พบว่า แต่ละส่วนมีความแตกต่างกันในเชิงแนวคิดและกระบวนการรักษาแต่ทั้ง 3 ส่วน มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงและมีเป้าหมายเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุและครอบครัวเช่นกัน (ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง, 2565)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 เช่นกัน ทำให้ระบบบริการผู้ป่วยในยุคปกติถัดไปมีการเปลี่ยนแปลง ดังเห็นได้จากประกาศโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร “เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัส COVID-19 ที่เพิ่มขึ้นจำนวนมาก เพื่อลดการแพร่เชื้อไวรัส COVID-19 และความปลอดภัยของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ขอความร่วมมือผู้รับบริการงดเยี่ยมทุกกรณี ตั้งแต่วันจันทร์ 23 มีนาคม พ.ศ.2563” มีการประชาสัมพันธ์แนวทางดำเนินการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร กรณีผู้ป่วยนอก ขอความร่วมมืออาจารย์แพทย์ให้เลื่อนผู้ป่วยเก่าที่อาศัยอยู่นอกเขตพิษณุโลกที่มีอาการคงที่ออกไป โดยสามารถดำเนินการส่งยาทางไปรษณีย์ได้ตั้งแต่วันที่ 11 มกราคม 2564 ซึ่งอาจารย์แพทย์ต้องดำเนินการตรวจรักษาตามแนวปฏิบัติการรักษาแบบโทรเวชก่อนดำเนินการส่งยาทางไปรษณีย์ และในวันที่ 9 กรกฎาคม 2564 เริ่มมีการประชาสัมพันธ์เรื่องการปรับบริการให้บริการผู้ป่วยนอก เพื่อลดการแพร่ระบาดและลดความแออัดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จึงจำเป็นต้องลดจำนวนผู้ป่วยนอก โดยงดรับผู้ป่วยใหม่ ผู้ป่วยที่ไม่มีนัดหมาย และผู้ป่วยส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล (ตั้งแต่วันที่ 12-31 กรกฎาคม 2564) ยกเว้นรายจำเป็นเร่งด่วน ให้ติดต่อคลินิกเฉพาะทางตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยของโรคนั้น ๆ กรณีฉุกเฉินให้รับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ส่วนผู้ป่วยที่มีนัดหมายที่มีอาการคงที่ โรงพยาบาลจะติดต่อผู้ป่วย เพื่อให้บริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ หรือ รับยาช่องทางด่วนโดยไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หรือ รับยาที่ รพ.สต. โดยผู้ป่วยสามารถโทรเลื่อนนัด หรือแจ้งรับยาตามช่องทางดังกล่าวได้ จนกระทั่งสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น จึงเริ่มมีมาตรการ งดรับการตรวจรักษาโรคผู้ป่วยนอกทุกแผนก , งดการผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยนัดหมาย , งดการตรวจรักษาคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ , งดรับผู้ป่วยใหม่ ผู้ป่วยที่ไม่มีนัดหมาย โดยให้เข้ารับบริการที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน, งดรับผู้ป่วยส่งตัวจากโรงพยาบาลอื่น ยกเว้นรายที่จำเป็นเร่งด่วน ทั้งนี้ให้มีการตรวจคัดกรองด้วยแบบสอบถามและมีผลการตรวจ RT-PCR เป็น Negative ก่อนรับ Refer ทุกราย , ลดจำนวนผู้ป่วยนัดหมายลงร้อยละ 50 ผู้ป่วยที่มีนัดหมายที่มีอาการคงที่ โรงพยาบาลจะติดต่อผู้ป่วยเพื่อให้บริการ

จัดส่งยาทางไปรษณีย์ หรือ รับยาที่ รพ.สต., ลดจำนวนผู้ป่วยคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการลงร้อยละ 50 รวมไปถึงปรับเปลี่ยนอัตราค่าล้างและลดจำนวนเตียงที่ให้บริการของโรงพยาบาล

ปัจจุบันเมื่อสถานการณ์เข้าสู่ยุคปกติถัดไป มีประกาศจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร อนุญาตให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามปกติ ตั้งแต่ 1 เม.ย. 66 เป็นต้นไป โดยสามารถเข้าเยี่ยมได้ครั้งละ 2 คน ตามเวลาดังนี้ คือ หอผู้ป่วยสามัญ : ทุกวันจันทร์ – อาทิตย์ รอบเวลา 11.00 น. - 13.00 น. และ 16.00 น. - 20.30 น. , หอผู้ป่วยพิเศษ : ทุกวันจันทร์ – อาทิตย์ รอบเวลา 11.00 น. - 20.30 น. และ หอผู้ป่วยวิกฤต : ทุกวันจันทร์ – อาทิตย์ รอบเวลา 11.00 น. - 13.00 น. และ 18.00 น. - 20.30 น นอกจากนี้ยังคงจำกัดผู้เฝ้าไข้เพียงครั้งละ 1 คน โดยต้องสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อเข้าใช้บริการในโรงพยาบาล และการให้บริการสำหรับแผนกผู้ป่วยนอกตามปกติ โดยยังคงไว้ซึ่งมาตรการ Universal Prevention กรณีผู้ป่วยในหอผู้ป่วยแต่ละแผนกที่มีผล ATK positive จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานของการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด และเมื่อบุคลากรทางการแพทย์ได้รับเชื้อ COVID-19 จะต้องหยุดให้บริการผู้ป่วยตามแพทย์พิจารณา

การเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพดังกล่าวนี้นับเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำให้กลุ่มคนในสังคมเกิดการรักษาระยะห่าง ความสัมพันธ์ของคนในสังคมลดน้อยลง การมีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันลดน้อยลง อาจทำให้ลดการช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ เกิดช่องว่างของกลุ่มคนในสังคมมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ความสุขของคนในสังคมลดลง (สุพิชญา วงศ์วาสนา และธนภฤต ทิรัญสาย, 2565) และอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้สึกต่อตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมเปลี่ยนไปในทางลบ การพบปะเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนลดน้อยลงเนื่องจากความสามารถทางร่างกายและสถานการณ์ระบาดของ COVID-19 ความไม่สะดวกในการเดินทางไปรับยาและตรวจตามแพทย์นัด การขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัญหาด้านการเข้าถึงข้อมูลและระบบสุขภาพเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสารข้อมูลและติดตามดูแลสุขภาวะ แต่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดทั้งด้านร่างกายในการเดินทาง รวมทั้งขาดทักษะทางเทคโนโลยีสารสนเทศ จึงพบปัญหาในการเข้าถึงข้อมูล การเข้าถึงสิทธิด้านการรักษาและสวัสดิการรวมทั้งเข้าถึงระบบสุขภาพ เป็นต้น (ปริญญารัตน์ ธนะบุญปวง, 2565) วิธีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าวสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในยุคปกติถัดไป จึงส่งผลต่อการดูแลสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

1. ความหมาย

องค์การอนามัยโลก (2554, อ้างถึงใน เนตรนภา กาบมณี และคณะ, 2564) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ในบริบทที่ดำรงชีวิตภายใต้วัฒนธรรมและระบบคุณค่า ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และการตระหนักของแต่ละบุคคล เป็นการรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สมรรถนะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสภาพแวดล้อมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม

เฟอร์รานส์และคณะ (Ferrans et al., 2005) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง การมีความสุขของบุคคลซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นและมีความสำคัญกับบุคคลนั้น

มาโนช ชันทพิริยา (2560) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลมีความสุขและสามารถตอบสนองต่อความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

อรนิษฐ์ แสงทองสุข (2562) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้ง ในด้านร่างกายจิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม เป็นการประสาน การรับรู้ของบุคคล ในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

สุภัทรา ผิวขาว และคณะ (2559) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่า หมายถึงการรับรู้ความพึงพอใจและความสุขในชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผลกระทบของโรค การเจ็บป่วยและการรักษาที่มีผลต่อความยากลำบากในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ และการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งในด้านสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ดันสังคมเศรษฐกิจและด้านครอบครัว

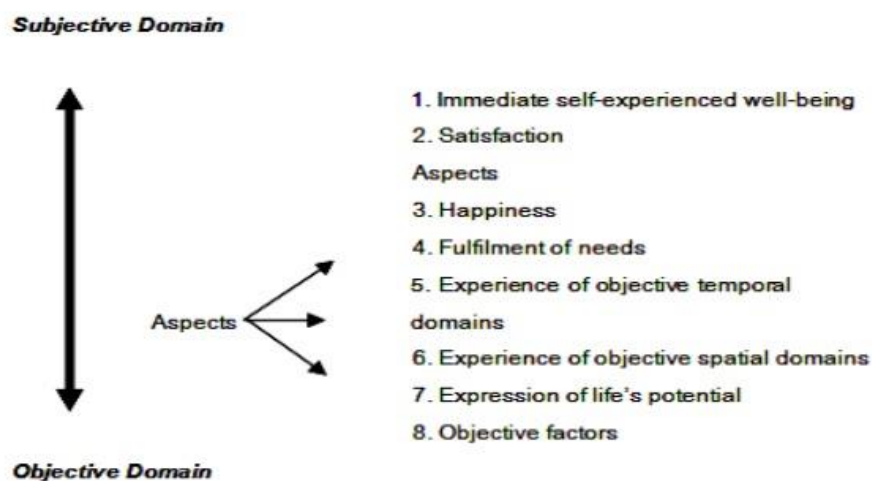
ดังนั้นจึงสรุป คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีการเปลี่ยนแปลงไป 2 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย และจิตสังคม สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลา สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคล

2. องค์ประกอบ

นักจิตวิทยาได้แบ่งคุณภาพชีวิตของมนุษย์ออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านกาย ได้แก่ โครงสร้างทางร่างกายและสุขภาพร่างกายรวมถึงด้านบุคลิกภาพ 2) ด้านจิตใจ ได้แก่ สภาพจิตใจและสุขภาพจิต รวมถึงด้านคุณธรรมและจริยธรรม 3) ด้านสังคม ได้แก่ สถานะทางสังคม ตำแหน่งเกียรติยศ ชื่อเสียงการยอมรับนับถือ รวมถึงการมีมนุษยสัมพันธ์กับคนรอบข้าง 4) ด้านเศรษฐกิจ

ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจการเงินและรายได้ที่มั่นคง เป็นต้น (ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, 2555 อ้างถึงใน ฮานี เวาะและ, 2559)

ตามแนวคิด Meta-theory approach เชื่อว่า คุณภาพชีวิตประกอบขึ้นด้วย องค์ประกอบ แบบวัตถุพิสัย (objective domain) และแบบจิตพิสัย (subjective domain) แต่ละ องค์ประกอบมีปัจจัยย่อย (aspects) เป็นพื้นฐานที่สำคัญ ปัจจุบันเรียกกรอบคิดเกี่ยวกับ คุณภาพ ชีวิตแบบนี้ว่า “meta-theory” เนื่องจากในแต่ละองค์ประกอบ (domain) หรือปัจจัยย่อย (aspect) ใช้ทฤษฎีอื่นร่วมอธิบาย และเชื่อว่าคุณภาพชีวิตไม่สามารถอธิบายได้โดยใช้ทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียว ตัวอย่างของการเป็น “meta-theory” ของ คุณภาพชีวิตได้แก่กรอบแนวคิดที่เรียกว่า “Integrative Quality-of-Life meta-theory: IQL” ซึ่งพัฒนาโดย Ventegodt และคณะ (ภาพ 1)



ภาพ 1 Integrative Quality of Life meta-theory

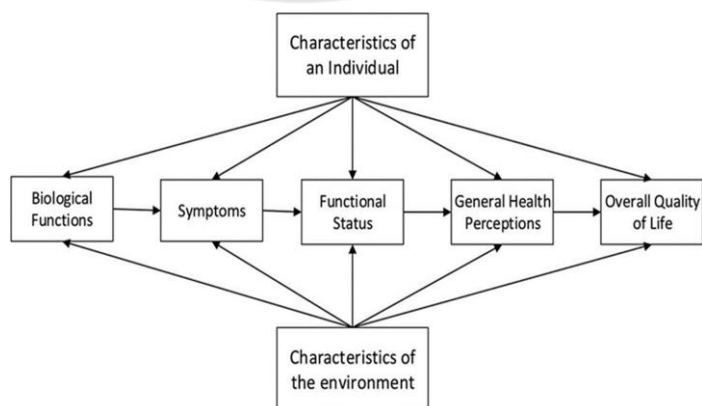
จากภาพ 1 จะเห็นได้ว่า กรอบคิด IQL ในแต่ละองค์ประกอบ (domain) และปัจจัยย่อย (aspects) ขององค์ประกอบต่าง ๆ สามารถอธิบายโดยใช้ทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น objective factor สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีของ Maslow ในขณะที่ expression of self ใช้ทฤษฎีของ self-efficacy, self-empowerment และ self-esteem อธิบายได้ อีกหนึ่งตัวอย่างของกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตแบบ meta-theory ได้แก่ กรอบแนวคิดที่นำเสนอโดย เฟอ์รานส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) ที่ เรียกว่า “Quality of Life Index: QLI (ภาพ 2) ซึ่งแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้านคือ องค์ประกอบทาง สุขภาพกายและความสามารถในการประกอบกิจกรรม องค์ประกอบทางสุขภาพจิตและความเชื่อ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และครอบครัว ซึ่งต้องพิจารณาทั้งด้านความพึงพอใจและ ความสำคัญขององค์ประกอบย่อยเหล่านั้นพร้อมกัน (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559)

HEALTH AND FUNCTIONING (13 items)	SOCIAL AND ECONOMICAL (8 items*)	PSYCHOLOGICAL/ SPIRITUAL (7 items)	FAMILY (5 items)
1. health	13. friends	27. peace of mind	8. family health
2. health carc	15. emotional support	28. faith in God	9. children
3. pain	from people other	29. achievement of	10. family happiness
4. energy (fatigue)	than your family	personal goals	12. spouse, lover,
5. ability to take care of	19. neighborhood	30. happiness in general	or partner
yourself without help	20. home	31. life satisfaction in general	14. emotional support
6. control over life	21/22. job/not having a job	32. personal appearance	from family
7. chances for living as	23. education	33. self	
long as you would like	24. financial needs		
11. sex life			
16. ability to take care of	* items 21 and 22 are		
family responsibilities	mutually excluding		
17. usefulness to others			
18. worries			
25. things for fun			
26. chances for a happy future			

ภาพ 2 Quality of Life Index : QLI

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์, 2563)

เป็นแนวคิดคุณภาพชีวิตเฟอร์รานส์และคณะ (Ferrans et al., 2005) ได้กล่าวไว้ว่า “a person’s sense of well-being that stems from satisfaction or dissatisfaction with the areas of life that are important to him/her.” และได้นำโมเดลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson และ Cleary มาพัฒนาปรับปรุง 3 ประเด็น คือ 1) ระบุว่าปัจจัยด้านชีวภาพ (biological function) ได้รับอิทธิพลทั้งจากปัจจัยเฉพาะบุคคล (Characteristics of the individual) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) 2) ตัดปัจจัยด้าน nonmedical factors ออก และ 3) ตัดสัญลักษณ์บนลูกศรที่ทำให้เกิดการจำกัดลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย เฟอร์รานส์และคณะ (Ferrans et al., 2005 อ้างอิงใน แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์, 2563) กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตของบุคคลไว้ สรุปได้ดัง ภาพ 3



ภาพ 3 Quality of Life Index and its domains: From Ferrans (1996)

3.1 ปัจจัยเฉพาะบุคคล (Characteristics of the individual) จำแนกเป็น ปัจจัยด้านชีววิทยา ข้อมูลส่วนบุคคล ด้านพัฒนาการ และด้านจิตใจ ซึ่งได้กล่าวว่าข้อมูลส่วนบุคคล (เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เชื้อชาติ) และปัจจัยด้านชีววิทยา (เช่น BMI, สีมิว, ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวเกี่ยวกับโรคทางพันธุกรรม) มีผลโดยตรงต่อสุขภาพ ส่วนด้านพัฒนาการ เป็นปัจจัยเฉพาะบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านชีววิทยา ส่วนปัจจัยด้านจิตใจจำแนกเป็น 1) กระบวนการรับรู้ไตร่ตรอง (Cognitive appraisal) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติต่อการเจ็บป่วย การรักษาหรือพฤติกรรม 2) การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective response) เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว หรืออารมณ์สนุกสนาน และ 3) แรงจูงใจ (Motivation) ซึ่งองค์ประกอบด้านจิตใจเป็นกลไกขับเคลื่อนในตัวบุคคล สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

3.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) ประกอบด้วย 1) สิ่งแวดล้อมด้านสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล หรืออิทธิพลทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น อิทธิพลของครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ 2) สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น ถิ่นที่พักอาศัย ที่ทำงาน ที่มีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ

3.3 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological function) ครอบคลุมการทำงานในระดับโมเลกุล ระดับเซลล์หรือกระบวนการทำงานของอวัยวะทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยามีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อส่วนประกอบทั้งหมดของสุขภาพ คือ การทำหน้าที่ทางกาย อากาศ การรับรู้สุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิต ปัจจัยด้านชีวภาพประเมินจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory tests) การประเมินด้านร่างกาย (physical assessment) และการวินิจฉัยโรค (medical diagnosis)

3.4 ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) คือ การรับรู้ของบุคคลต่อความผิดปกติของร่างกาย จิตใจหรือความสามารถในการรับรู้ของบุคคล เช่น ความอ่อนล้า ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า สามารถจำแนกเป็นอาการด้านร่างกาย (Physical symptoms) อาการด้านจิตใจ (Psychological symptoms) หรือด้านจิตสรีระ (Psychophysical) ภาวะเศร้า

3.5 ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functional status) คือความสามารถสูงสุดในการทำหน้าที่ของหลาย ๆ ด้านของแต่ละบุคคล เช่น การทำหน้าที่ทางกาย (Physical function) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) การทำหน้าที่ด้านบทบาทหน้าที่ (Role function) และการทำหน้าที่ด้านจิตใจ (Psychological function) ซึ่งเป็นความหมายกว้าง ๆ ซึ่งสามารถมองได้หลายมุมมอง โดยโมเดลร่วมสมัยมุ่งความสนใจเรื่องเกี่ยวกับความบกพร่องทางร่างกายหรือความพิการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ในกรอบความคิดของ (Psychological function) ซึ่งเป็นความหมายกว้าง ๆ ซึ่งสามารถมองได้หลายมุมมอง โดยโมเดลร่วมสมัยมุ่งความสนใจเกี่ยวกับความบกพร่องทางกาย หรือความพิการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ในกรอบแนวคิดของ

เฟอร์รานส์และคณะ (Ferrans et al., 2005) มุ่งสนใจเกี่ยวกับความสามารถสูงสุดของบุคคลที่คงเหลืออยู่ในการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ด้าน คือ functional capacity, functional performance, functional capacity utilization, and functional reserve ADL

3.6 ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (General health perceptions) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของบุคคลนั้น ๆ โดยการสังเคราะห์ความหลากหลายของภาวะสุขภาพทั้งหมด และมีความเป็นปรนัย ซึ่งเป็นผลมาจากการประมวลผลปัจจัยด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านชีววิทยา ด้านอาการ และด้านการทำหน้าที่ทางกาย การรับรู้สรรถนะ

3.7 คุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of Life) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

3.7.1 สุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) คือ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความวิตกกังวลใจหรือความเครียด การได้รับการดูแลสุขภาพ การได้รับการรักษา การมีเพศสัมพันธ์ งานอดิเรก การเดินทาง ความสามารถในการดูแลงานที่รับผิดชอบ ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม การทำประโยชน์ให้บุคคลอื่น โอกาสที่จะมีชีวิตยืนยาว ความสุขที่มีหลังจากเจ็บป่วย

3.7.2 ครอบครัว (Family) คือ ความรู้สึกเป็นสุขพึงพอใจในครอบครัว ความสามารถในการติดตามการเจริญเติบโตของบุตรหลาน การให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำ ความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจของสมาชิกในครอบครัวและการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลที่ใกล้ชิดหรือครอบครัว

3.7.3 สังคมและเศรษฐกิจ (Social and economic) คือการใช้ชีวิตประจำวัน การได้รับความรู้และการศึกษา เกี่ยวกับสภาพบ้านเมืองหรือที่พักอาศัย ความสามารถในการพึ่งตนเองได้ในด้านการเงิน การมีงานประจำ การได้รับความเห็นอกเห็นใจจากผู้อื่น การมีเพื่อนได้มีกิจกรรมร่วมกัน ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน สถานการณ์บ้านเมือง เศรษฐกิจและสังคมที่มีผลกระทบต่อ การรักษา การศึกษา การทำงาน ความสามารถในการจัดการดูแลเกี่ยวกับการเงิน

3.7.4 จิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual) คือ ความพึงพอใจในชีวิต การยอมรับในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ความเป็นตัวของตัวเอง ความพึงพอใจต่อภาพลักษณ์ของตนเอง ความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ การมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น การประสบความสำเร็จในชีวิตที่คาดหวังไว้ ความรู้สึกสงบ ความวิตกกังวลใจ การมีสติในการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในศาสนาหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

ปัจจัยทั้ง 6 ปัจจัยข้างต้นนั้น (ไม่รวมข้อที่ 3.7 คุณภาพชีวิตโดยรวม) เป็นปัจจัยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ส่วนปัจจัยด้านชีววิทยา ส่งผลต่อปัจจัยด้านอาการ ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะการดำเนินงานที่ทางร่างกาย

ส่งผลต่อการรับรู้สุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตตามลำดับ กล่าวคือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีพยาธิสภาพของโรค มีการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์หรืออวัยวะ จนก่อเกิดอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ของโรค เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยอ่อนเพลีย ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงมากมายแล้ว ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจได้รับผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ส่งผลกระทบให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้เป็นปกติ ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลนั้น ๆ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป สุดท้ายย่อมส่งผลต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิต

ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือได้รับผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และส่งผลกระทบให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้เป็นปกติ นั้น หากผู้ป่วยยังรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี อาจส่งผลให้ภาวะของโรคแย่ลง ในทางกลับกันหากผู้ป่วยได้รับกำลังใจที่ดีจากสังคมรอบข้าง อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคดีขึ้น กล่าวคือ ปัจจัยเฉพาะบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยา การแสดงออกของอาการ และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีววิทยาหรือมีพยาธิสภาพของโรคเหมือนกันก็ตาม

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตพบว่า มีทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้และปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ โดยปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ดังนี้คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว การมีผู้ดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วย ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ คือ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือองค์ประกอบคุณภาพชีวิตหลายประการ จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อคุณภาพชีวิตแบ่งได้เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้และปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ดังนี้คือ

4.1 ปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.1.1 เพศ การที่เพศมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอาจเนื่องมาจากสังคมไทยได้กำหนดบทบาทให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว และมีบทบาทหลักในการหาเลี้ยงครอบครัว ส่วนเพศหญิงเป็นแม่บ้านและต้องให้ความเคารพในการเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย ขณะเดียวกันเพศชายยังได้รับความเคารพนับถือและยกย่องจากสังคม ส่งผลให้เพศชายมองตนเองว่ามีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง จึงเกิดความพึงพอใจทำให้เกิดความสุขในตนเอง ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตทางบวก และพบว่าเพศชายมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศหญิง (วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ, 2554; อรนิษฐ์ แสงทองสุข, 2562) นอกจากนี้วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ($r_s = -.172, p < .01$)

4.1.2 อายุ เนื่องจากอายุเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงวัยของแต่ละบุคคล ยิ่งอายุมากขึ้นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จะลดลงเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง นำไปสู่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองต้องเป็นภาระกับผู้อื่นมากขึ้นรู้สึกไม่มีคุณค่าส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี (อรนิษฐ์ แสงทองสุข, 2562) ยิ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมาก ส่วนใหญ่มักจะมีภาวะร่วมอื่น ๆ รวมทั้งสภาพความสมบูรณ์ของร่างกายพื้นฐานก็จะไม่ดี ซึ่งมีผลในแง่เวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพด้วย (ภูริชญา เทพศิริ, 2554 อ้างถึงใน ฮานี เวาะและ, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ($r_s = -.177, p < .01$) นอกจากนี้วิฑูรย์ คอยคำ และเบญจมา มุกตพันธ์ (2564) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากการวิเคราะห์ Multiple logistic regressions พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ < 70 ปี มีคุณภาพชีวิตดี เป็น 2.28 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ≥ 70 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI : 1.22 - 4.24, p-value = 0.009)

4.1.3 สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากคู่สมรสเป็นปัจจัยเสริมทางสังคม และยังเป็นสัญลักษณ์บ่งบอกถึงการสนับสนุนทางสังคมของบุคคล โดยเฉพาะผู้สูงอายุ คู่สมรสเป็นผู้ให้ความรัก ความอบอุ่น ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ผู้สูงอายุจะไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เมื่อมีปัญหาจะมีคนคอยให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือ นอกเสียจากว่าคนใดคนหนึ่งจะเสียชีวิตไปเสียก่อน หรือกรณีอื่น ๆ เช่น หย่าหรือแยกกันอยู่ คู่สมรสนอกจากจะช่วยแบ่งเบาภาระต่าง ๆ แล้ว ผู้สูงอายุรู้สึกมีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีคุณค่า รับรู้ถึงการมีชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่มีสถานภาพสมรสโสดและหม้าย (อรนิษฐ์ แสงทองสุข, 2562) จากการศึกษาของ ฮานี เวาะและ (2559) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยะลา

จังหวัดยะลา พบว่า การไม่มีคู่มือส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลยะลา เพิ่มขึ้นร้อยละ 3 (R^2 change = 0.03) โดยพบว่าการไม่มีคู่มือส่ง มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยะลาโดยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีคู่มือส่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.1.4 ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล เนื่องจากการศึกษายังทำให้บุคคลมีโอกาสที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพดีขึ้น และสามารถที่จะปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้ตามที่ได้รับรู้มา เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาจะมีทักษะในการค้นคว้าแสวงหาข้อมูล และรู้จักใช้แหล่งข้อมูลที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพได้ดี โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีโอกาสเลือกทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย หรือไม่ได้รับการศึกษา ซึ่งในการดูแลตนเองไม่ว่าทางบวกหรือทางลบ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้เช่นเดียวกัน (อรณิชฐ์ แสงทองสุข, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยด้านการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .239, p < .05$) นอกจากนี้ อุไรวรรณ ทศนีย์สุวรรณ (2564) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพในระดับดี การศึกษาระดับประถมศึกษา การศึกษาระดับมัธยมศึกษา การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อย และอายุ สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 31.60 ($R^2 = .316, p < .001$) โดยพบว่าการศึกษาระดับประถมศึกษาและการศึกษาระดับมัธยมศึกษา สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ($\beta = - 8.651, - 8.805, p < .001$)

4.1.5 รายได้ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคมปัจจุบัน เพราะเป็นสิ่งที่สนองตอบความต้องการด้านต่าง ๆ เช่น ที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เกิดขึ้นย่อมกระทบกับภาวะ เศรษฐกิจการเงินของครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความทุกข์วิตกกังวล เกิดความเครียดขึ้นได้ และส่งผลกระทบไปถึงคุณภาพชีวิตที่ลดต่ำลง (ธิวาสาลีวัธนะ, 2547 อ่างถึงใน ฮานี เวาะและ, 2559) สอดคล้องกับ อรณิชฐ์ แสงทองสุข (2562) กล่าวว่า รายได้เป็นตัวบ่งบอกถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสแสวงหาสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต การมีรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจดีทำให้บุคคลสามารถตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานได้อย่างเพียงพอ มีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ และรายไดยังทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพกลุ่มทางสังคมต่าง ๆ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ดังนั้น

รายได้จึงมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554) พบว่า รายได้และฐานะการเงิน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .343, p < .05$)

4.1.6 ลักษณะครอบครัว เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวเดียวที่มีสมาชิกในครอบครัวอยู่กันไม่เกินสองรุ่นซึ่งไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีบุตรหลานคอยดูแลซึ่งกันและกันทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะถูกทอดทิ้งได้ง่าย ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุจะนำไปสู่ความเจ็บป่วยด้านร่างกายและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าลักษณะครอบครัวมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2552) นอกจากนี้การศึกษาของ กู้เกียรติ ก้อนแก้ว, ภาณุมาศ ทองเหลื่อม, และศิริยากร ทรัพย์ประเสริฐ (2562) พบว่าปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน มีจำนวน 6 ปัจจัย ได้แก่ ลักษณะครอบครัว ($B = 6.536$) การเห็นคุณค่าในตนเอง ($B = 1.011$) สิ่งแวดล้อม ($B = 1.494$) การทำกิจกรรมทางศาสนา ($B = 0.669$) อายุ ($B = -0.194$) และการมีส่วนร่วมทางสังคม ($B = 0.639$) สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านได้ร้อยละ 59.4 ($R^2 = .594$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.1.7 การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลนั้นเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาจเป็น บุตร หลาน ญาติ หรืออาสาสมัครผู้ดูแล ที่จะคอยช่วยเหลือผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน การให้คำปรึกษา พุดคุยให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอบอุ่นใจเหมือนมีเพื่อนที่รู้ใจอยู่ใกล้ ๆ ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว้าวนตัวเองถูกทอดทิ้ง และการที่ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลย่อมจะส่งผลดีต่อสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมด้านบวกซึ่งส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยากให้คนในครอบครัวเป็นผู้ดูแล รองลงมาคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (อรณิชษฐ์ แสงทองสุข, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรจิตต์ วุฒิการณ์ และคณะ (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบางมูลนาก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุทุกคนอยากให้ผู้ดูแลตลอดไป โดยต้องการให้บุตรเป็นผู้ดูแล นอกจากนี้การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเนื่องจากเป็นแหล่งบริการด้านส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุด สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ง่ายรวดเร็ว และใกล้ชิด จากการศึกษาของ จุฑามาศ วงจันทร์ และคณะ (2565) พบว่าปัจจัยด้านผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .013 ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีผู้ดูแลส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตระดับดี คิดเป็นร้อยละ 55.1

4.1.8 ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของพยาธิสภาพ โดยจะมีผลต่อการฟื้นสภาพ ในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคมก จะมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานต่อการสูญเสียการทำหน้าที่ด้านร่างกาย บางรายอาจรู้สึกอับอายที่ตนเองพิการและเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดการแยกตัวจากครอบครัวและสังคม รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าและไม่มีความสุขในชีวิต ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจในชีวิตลดลงหรือคุณภาพชีวิตลดต่ำลง (ฮานี เวาะและ, 2559) จากการศึกษาของรังษิยา เชื้อเจ็ดตน (2560) เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 63.46 ปี พบว่า ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Rankin Scale : mRS) มีค่าความสัมพันธ์ Sperm rank correlation coefficient เชิงลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r = -0.316$, $p < 0.05$) สอดคล้องกับ โหยวและคณะ (Yeoh et al., 2018) ทำการศึกษาเรื่อง ผลลัพธ์ทางคลินิกสามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหลังโรคหลอดเลือดสมองได้หรือไม่ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดขาดเลือดและเลือดออกในสมอง มีอายุเฉลี่ย 62.2 ปี ศึกษาคุณภาพชีวิตที่ 3 เดือน และ 12 เดือนหลังจากได้รับการวินิจฉัย พบว่า mRS ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความเกี่ยวข้องอย่างอิสระกับคุณภาพชีวิตที่ 3 เดือน และ 12 เดือน ($\beta = -0.179$) และ 12 เดือน ($\beta = -0.136$) หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีขนาดผลอิทธิพลที่ค่อนข้างใหญ่เมื่อเทียบกับการวัดอื่น ๆ นอกจากนี้การศึกษาของ ชญากุล นิติเกษมกุล (2556) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคและระยะเวลาที่ต้องใช้ในการดูแลต่อวัน โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 84.7 อย่างมีนัยสำคัญ ($R^2 = 0.847$, $p < .001$)

4.1.9 ระยะเวลาการเจ็บป่วย ถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพที่เร็วตั้งแต่ระยะต้น จะทำให้เกิดผลดีมีผลต่อการฟื้นหายเร็วเพราะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่เกิดรูปแบบการทำงานที่ไม่ถูกต้อง แต่ผู้ป่วยที่เป็นมานานมากกว่า 1 ปี บางรายงานพบว่า การฟื้นคืนกลับสามารถทำได้ (ฮานี เวาะและ, 2559) จากการศึกษาของ ดานิล วงศ์ษา, ประทุม สร้อยวงค์ และจินดารัตน์ ชัยอาจ (2561) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือด สมองหลังได้รับการวินิจฉัย 6 เดือนแรกและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับ 1, 3 และ 6 เดือนหลังได้รับการวินิจฉัย ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมทั้ง 4 ระยะคือระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะ 1, 3 และ 6 เดือน หลังได้รับการวินิจฉัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยระยะก่อนจำหน่าย (Median = 176.00) ระยะ 1 เดือนหลังได้รับการวินิจฉัย (Median = 178.00) ระยะ 3 เดือนหลังได้รับการวินิจฉัย (Median = 197.00) ต่ำกว่าระยะ 6 เดือน (Median = 204.00) หลังได้รับการวินิจฉัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่จากการศึกษาของ ฮานี เวาะและ (2559) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่ใช่ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.1.10 ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองแตกพบน้อยกว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบ แต่มีความรุนแรงมากกว่า (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565) โดยภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด แต่มีความรุนแรงค่อนข้างมากและการพยากรณ์โรคแย่ (กษมา เชียงทอง, 2554) ซึ่ง อไล (Ali, 2020) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด และผู้ป่วยเส้นเลือดในสมองแตกพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นเลือดในสมองแตกที่มีคุณภาพชีวิตแย่กว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด นอกจากนี้การศึกษาของ คิริยาวซัม และคณะ (Kariyawasam et al., 2020) พบว่า ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ระดับความพิการ, ระดับความบกพร่องด้านภาษา (MAST), อายุ, และตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 52

4.2 ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.2.1 การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ภายนอกตัวบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นฟูจากภาวะความเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง รับรู้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนจากสังคม สิ่งแวดล้อมและบุคคลที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อสู้กับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองและมีสภาวะอารมณ์เชิงลบดีขึ้น อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่งที่สามารถปรับทุกข์ และช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิต ทำให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี (สุภัทรา ผิวขาว และคณะ, 2559) สอดคล้องกับจามจรี แซ่หลู่, รมลวรรณ แก้วกระจก, และดาลิมา สำแดงสาร (2564) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งอำนวยความสะดวกด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม และด้านอารมณ์และสังคม ส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าคุณได้รับการรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่าและการยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลทางจิตใจ คือทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ มีแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ จากการศึกษาของสุภัทรา ผิวขาว และคณะ (2559) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .485, p < .01$)

4.2.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเอง ในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต ทำให้พฤติกรรม และคุณภาพชีวิต เปลี่ยนแปลงไป การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่ดีเป็นปัจจัยเฉพาะบุคคล กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้และมีความมั่นใจความสามารถในการดูแลตนเอง รับรู้ถึงศักยภาพตนเองและมีความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการควบคุมและจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตในระดับดี จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการส่งเสริมและสนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การใส่ใจดูแลสุขภาพและกายภาพบำบัดมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยออกแรงทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการศึกษาของสุภัทรา ผิวนาว และคณะ (2559) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองชนิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน $r = .510$ ($p < .01$) สอดคล้องกับปีเตอร์ และคณะ (Peters et al., 2019) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .54$, $p < .001$)

4.2.3 ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด (दारुจ อนิวรรตพงษ์, 2561) ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองนั้น พบได้ทั้งในระยะเริ่มแรกและระยะหลังของการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองนี้สามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้านรวมถึงฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และที่เห็นได้ชัดคือผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ผู้ป่วยจะมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว และปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสังคมลดลง สาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจากการที่รู้สึกว่าคุณเองถูกทอดทิ้งเมื่อครอบครัวต้องออกไปทำงานเพื่อหารายได้ให้กับครอบครัว และรู้สึกอายที่ตนเองพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงไม่อยากเข้าสังคมซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตลดลง นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ โดยพบว่ามีแนวโน้มของระยะเวลาการมีภาวะซึมเศร้านานกว่าวัยอื่น ยิ่งไปกว่านั้นยังมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอายุ และขึ้นอยู่กับ การขาดการสนับสนุนทางสังคมด้วยเช่นกัน (จันทร์จิรา สีสว่าง, และปุลวิชช์ ทองแดง, 2559) วงศ์สิริ แจ่มฟ้า, ศิริรัตน์ จำปาเรือง, และพิมพ์วรรณ เรื่องพุทธ (2562) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 265 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบประเมินโรคซึมเศร้าและแบบสอบถามคุณภาพชีวิต WHOQOL – BREF –THAI ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r = -.40$, $p < .05$) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากที่สุด ($r = -.45$, $p < .05$) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

กาย ($r = -.32, p < .05$) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ($r = -.31, p < .05$) และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธ์ภาพสังคม มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($r = -.27, p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.2.4 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) เป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐาน สำหรับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินได้โดยใช้แบบประเมิน Barthel Index ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือการรับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม การขึ้น-ลงเตียงหรือลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องน้ำ/ห้องสุขา การอาบน้ำ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การเดินขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ (รัตนพร สายตรี และคณะ, 2562; Kariyawasam et al., 2020) ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในประเทศศรีลังกา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาการเกิดโรค 3 เดือนหลังได้รับการวินิจฉัย มีอายุระหว่าง 18-80 ปี ซึ่งอายุเฉลี่ยคือ 66.1 ปี พบว่า ระดับการพึ่งพา (Activities of Daily Living based on Barthel Index scores) หรือ ADL 3 เดือนหลังได้รับการวินิจฉัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.58, p < 0.01$) สอดคล้องกับ อาห์เมต และคณะ (Ahmed et al., 2020) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุเฉลี่ย 54 (± 14.3) ปีพบว่า ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะซึมเศร้า ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และด้านจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 60 และร้อยละ 61 ตามลำดับ นอกจากนี้ ชู และเจียง (Zhum & Jiang, 2019) ทำการศึกษาปัจจัยที่กำหนดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองชนิดแตกโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่า ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ($b = 0.57, p < .001$) และจากการศึกษาของ สุทิน มณีชมภู (2562) พบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง (Barthel Activity of Daily Living Index : ADL) ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับมากกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.855, p < .001$)

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยเลือก 6 ตัวแปรในการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป โดยแบ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด 2 ตัวแปรดังนี้ คือ ได้แก่ 1) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แม้จะเป็นตัวแปรที่ไม่สามารถควบคุมได้ แต่เนื่องจากการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่าความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเป็นตัวแปรที่สัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้และมีค่าอิทธิพลค่อนข้างใหญ่ ผู้วิจัยจึงนำความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมาศึกษา 2) ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง และเลือกปัจจัยที่

สามารถควบคุมได้ทั้งหมดมาใช้ในการศึกษา เนื่องจากเป็นตัวแปรที่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้ดีขึ้นหรือเพิ่มขึ้นได้ นอกจากนี้ยังมีหลากหลายงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่าตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางไปจนถึงระดับมาก และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนี้คือ 1) การสนับสนุนทางสังคม 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3) ภาวะซึมเศร้า และ 4) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

5. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่โรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสามารถแบ่งกลุ่มเครื่องมือเหล่านี้ได้เป็น 2 กลุ่ม คือ (อภิพร กาญจนกฤษ, และปิยะภัทร เดชพระธรรม, 2558)

5.1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป (Generic descriptions of QOL measures) สามารถใช้ได้ทั้งบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค ไม่ได้พัฒนาขึ้นสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่ง โดยเฉพาะ สามารถเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโรคได้ เครื่องมือกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง เช่น Medical Outcomes Short Form Health Survey (SF-36), World Health Organization Quality of life the brief (WHOQOL-BREF) เป็นต้น เครื่องมือนี้มีข้อจำกัดคือไม่ครอบคลุมปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

5.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke specific QOL measures) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจง สามารถประเมินได้อย่างครอบคลุมในด้านที่จำเพาะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเครื่องมือกลุ่มนี้ที่ นิยมใช้ เช่น Stroke Impact Scale (SIS), Stroke Adapted Sickness Impact Profile, Stroke Specific Quality Of Life measurement (SSQOL) เป็นต้น

5.2.1 Stroke Impact Scale (SIS) Stroke Impact Scale (SIS) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการพัฒนาของมหาวิทยาลัยเคนซัส (University of Kansas Medical Center) โดย พาเมล่า ดันแคน และคณะ (Pamela et.al) มีการศึกษาความเที่ยง Reliability และความตรง Validity พบว่ามีความเที่ยงและความตรงดีมาก สามารถนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิต ติดตาม ผลการรักษาและผลกระทบหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (ฮานี เวาะและ, 2559) ทั้งนี้ SIS 3.0 ได้ถูกพัฒนาและปรับปรุงจาก SIS 2.0 และเป็นแบบประเมินตนเองที่ประกอบด้วยคำถาม 59 ข้อ ครอบคลุม 8 ด้าน ได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย (strength), การสื่อสาร (communication), ความจำและความคิด (memory), อารมณ์ ความรู้สึก (emotion), การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (social participation), การใช้ชีวิตประจำวัน (activity of daily living, ADL), การเคลื่อนไหวของร่างกาย (mobility), การใช้งานของมือข้างที่อ่อนแรง (hand function) และร่างกายโดยรวม (composite physical) ซึ่งเป็นการรวมกันของ 4 ด้านคือ ความ แข็งแรงของ

ร่างกาย, การใช้ชีวิตประจำวัน, การเคลื่อนไหวของร่างกาย และการใช้งานของมือข้างที่อ่อนแรง โดยแต่ละด้านมี ค่าคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน และค่าคะแนนที่มากหมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี อภิพร กาญจนกฤษ และปิยะภัทร เดชพระธรรม (2558) ทำการศึกษาความเที่ยงและความตรงของ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต Stroke Impact Scale (SIS) 3.0 ฉบับภาษาไทยค่าความตรงเชิงเกณฑ์ของ แบบสอบถาม SIS ฉบับแปล ภาษาไทย เมื่อเปรียบเทียบกับแบบวัดมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับดีกับการเคลื่อนไหวร่างกาย (0.74- 0.76), การใช้ชีวิตประจำวัน (0.73-0.75), การมีส่วนร่วมใน กิจกรรมทางสังคม (0.53-0.68) และอารมณ์ความรู้สึก (0.54) มีความสัมพันธ์ระดับ ปานกลางกับความแข็งแรงของร่างกาย (0.41-0.43) และการสื่อสาร (0.4) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับ ความจำและความคิด (0.25) และการทำงาน ของมือ (0.19- 0.25) ค่าความตรงเชิงการจำแนกของ SIS ในกลุ่มผู้ป่วยที่มี ระดับความพิการต่างกันตาม MRS พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านร่างกาย โดยรวม, การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม, การเคลื่อนไหวร่างกาย, การใช้ชีวิตประจำวัน และการ สื่อสาร รวมทั้งการให้คะแนนการฟื้นตัวด้วยตัวเอง ส่วนค่าความเที่ยง ของเครื่องมือแบบวิธีถามซ้ำอยู่ใน ระดับดีมาก (0.92-0.99) ความเที่ยงด้านความสอดคล้องภายในอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ ทุกรายด้าน (0.7-0.9) ยกเว้นด้านอารมณ์ความรู้สึก (0.5)

5.2.2 แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (The Stroke – Specific Quality of Life Scale: SS-QoL) ถูกพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1999 เป็น แบบประเมินแรกที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้วัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ มีองค์ประกอบ 12 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 49 ข้อ แบบวัดดังกล่าวมีความเที่ยง และความตรงในระดับดี ในปี ค.ศ. 2011 มีการพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับย่อขึ้น (12-Item Stroke-Specific Quality of Life Scale: SS-QoL-12) สร้างและพัฒนาโดย โปสต์ และคณะ (Post et al., 2011) โดยเลือกข้อคำถามจากแบบวัดต้นฉบับที่มีสหสัมพันธ์กับคะแนน รวมสูงสุดในแต่ละด้าน ทั้งหมด 12 ด้าน ได้ข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ และถูกจัดกลุ่มจำแนกคุณภาพ ชีวิต ออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical) และ ด้านจิตสังคม (Psychosocial) ฉบับแปล ไทยของ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ (2562) ศึกษาความตรงและความเที่ยงของแบบวัด คุณภาพชีวิต เฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับภาษาไทย แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ จำแนกเป็นองค์ประกอบ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (ข้อ 1-6) และด้านจิตสังคม (ข้อ 7-12) ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.6 ถึง 1.0 แสดงให้เห็นว่าข้อคำถามในแต่ละข้อมีความถูกต้อง เหมาะสม และครอบคลุมประเด็นที่ ต้องการวัด

จากการทบทวนข้างต้นสรุปได้ว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับย่อ มีความเหมาะสมและสามารถใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ จากทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.6 ถึง 1.0 แสดงให้เห็นว่าข้อคำถามในแต่ละข้อมีความถูกต้อง เหมาะสม และครอบคลุมประเด็นที่ต้องการวัด นอกจากคุณภาพของแบบวัดดังกล่าวแล้ว แบบวัดนี้ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามน้อยกว่า เพราะข้อคำถามทั้งหมดมี เพียง 12 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามสั้น กระชับ และเข้าใจง่าย เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ และครอบคลุมทั้งคุณภาพชีวิตทางด้านกาย และจิตสังคม ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับย่อ ในการศึกษาครั้งนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุภัทรา พิพขาว และคณะ (2559) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จากปัจจัยดังต่อไปนี้ ได้แก่ สภาพะการทำหน้าที่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ เฟอรรานส์และคณะ (Ferrans et al., 2005) เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดสมองขาดเลือดและเลือดออกในสมอง จำนวน 132 มีอายุระหว่าง 30-59 ปี มาติดตามรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตำรวจและสถาบันประสาทวิทยา เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Quality of Life Index-Stroke Version III ของ เฟอรรานส์ และพาวเวอร์ (1996) แปลไทยและปรับปรุงโดย สาลี เฉลิมวรรณพงศ์ (2552) แบบประเมินมีองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 3) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 4) ด้านครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 23.97, S.D. = 4.28) และการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และอาการปวด สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้ร้อยละ 38.3 ($R^2 = .383$) โดยการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .485, p < .01$) ส่วนการเผชิญปัญหาและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน $r = .515$ และ $.510$ ตามลำดับ

ยานี เวาะและ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายกลับบ้าน จำนวน 225 ราย เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประยุกต์จากแบบสอบถาม Stroke Impact Scale พบว่า มีตัวแปรอิสระ 6 ตัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 79.5 ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากที่สุด และความพิการระดับ 3 เป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การไม่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีคามพิการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ขณะที่การไม่มีคู่สมรส การไม่ได้เรียนหนังสือ รวมทั้งความพิการระดับ 3 มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต และการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รังษิยา เชื้อเจ็ดตน (2560) ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ประชากรคือผู้ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด จำนวน 207 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์ความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (mRS) แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของ เฟอร์รานส์ และพาวเวอร์ (Ferrans and Power Quality of Life Stroke Version) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ระดับความสัมพันธ์กับคนในชุมชน ในขณะที่ป่วย ($r = 0.203$, $p < .05$) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = 0.170$, $p < 0.05$) ลักษณะที่อยู่อาศัย ($r = 0.175$, $p < .05$) และกำลังแขน ($r = 0.172$, $p < 0.05$) ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r = 0.214$, $p < 0.05$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง และระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.316$, $p < 0.05$)

ดานิล วงศ์ษา และคณะ (2561) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการวินิจฉัย 6 เดือนแรกและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับ 1, 3 และ 6 เดือนหลังได้รับการวินิจฉัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 39 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคหลอดเลือด สมอง ฉบับภาษาไทย ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมทั้ง 4 ระยะคือระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะ 1, 3 และ 6 เดือน หลังได้รับ

การวินิจฉัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยระยะก่อนจำหน่าย, ระยะ 1 เดือนหลังได้รับการวินิจฉัย และระยะ 3 เดือนหลังได้รับการวินิจฉัย มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าระยะ 6 เดือน หลังได้รับการวินิจฉัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สุทิน มณีขมภู (2562) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน แดก ที่เข้ารับบริการหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จำนวน 88 ราย เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลคือแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) แบบประเมิน Modified Rankin Scale (mRS) และแบบสอบถาม EQ-5D-3L สำหรับประเมินคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับมากกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .855, p < .001$)

วิสเซอร์ (Visser et al., 2014) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหาและภาวะซึมเศร้าต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองในทุกชนิด อย่างน้อย 18 เดือนขึ้นไป และมีอายุระหว่าง 18-80 ปี พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.689, p < .01$)

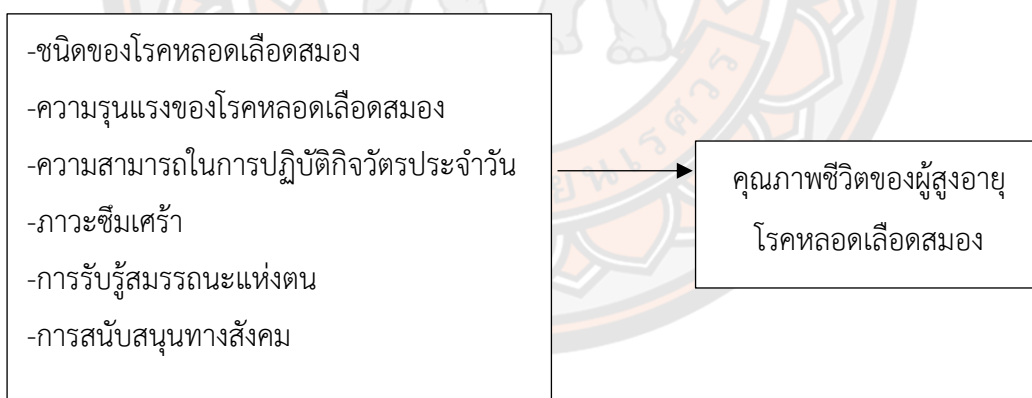
ซู และเจียง (Zhu and Jiang, 2019) ทำการศึกษาปัจจัยที่กำหนดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองชนิดแตกโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบประเมิน The stroke-specific quality of life (SS-QOL) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่าความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ($\beta = 0.57, p < .001$) ส่วนอายุ โรคร่วม ชนิดของเลือดออกในสมอง สถานภาพทางการเงิน ความวิตกกังวล และการทำหน้าที่ของระบบประสาท เป็นตัวแปรที่ส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้วยเช่นกัน โดยตัวแปรทั้งหมดร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 82 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แต่การศึกษาข้างต้นเป็นการศึกษาอิทธิพลในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยปัจจัยเพียงบางปัจจัยเท่านั้น สำหรับการนำปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมาศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในวัยผู้สูงอายุซึ่งเป็นช่วงวัยที่ฟื้นฟูช้ากว่าวัยอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อสถานการณ์แปลงไปสู่ยุคปกติถัดไป ซึ่งผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับผลกระทบจากสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19 ที่ยังไม่หมดไป

อาจส่งผลต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างจากวิถีปกติ แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในยุคปกติถัดไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของเฟอร์รานส์และคณะ (Ferrans et al., 2005) โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะเฉพาะบุคคล (Characteristics of the Individual) ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากการวิจัยก่อนหน้านี้พบว่ามีความสัมพันธ์และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Function) ที่ครอบคลุมการทำงานของร่างกาย ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง 2) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functional Status) เป็นความบกพร่องหรือความพิการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the Environment) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม หลังการระบาดของเชื้อ COVID-19 หรือในยุคปกติถัดไป 5) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (General Health Perceptions) ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงตามภาพ 4



ภาพ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Research) เพื่อหาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึง มีนาคม 2567

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน ที่เข้ารับบริการติดตามอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสฤษดิ์นรากร, 2550) ดังนี้

$$n = 10k + 50$$

(n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, k = จำนวนตัวแปร)

จำนวนตัวแปรที่ศึกษามีจำนวน 7 ตัวแปร ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต โดยแทนค่าตามสูตรดังนี้

$$n = 10(7) + 50$$

$$n = 120$$

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic sampling) โดยหาช่วงห่างของการสุ่มตัวอย่างจากสูตร $l=N/n$ สุ่มเลขเริ่มต้น r เลือกหน่วยตัวอย่างที่ 1 ตามเลขสุ่มเริ่มต้น แล้วเว้นไปที่ละ $l-1$ หน่วย เลือกไปจนกระทั่งได้ตัวอย่างครบตามจำนวน n คือ 120 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการตรวจยืนยันด้วย CT Scan หรือ MRI ในระยะเวลา ไม่เกิน 6 เดือน และได้รับอนุญาตให้กลับไปรักษาตัวที่บ้านแล้วกลับมาตรวจตามนัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก
3. รู้สึกตัวดี หรือมีคะแนนกลาสโกว์โคมาสกออร์ (GCS) 15 คะแนนเต็ม สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหาการได้ยิน
4. การรับรู้เป็นปกติ หรือ สามารถระบุวัน เวลา สถานที่ปัจจุบันได้ถูกต้อง
5. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack) หรือ TIA
2. มีอาการกำเริบของโรค และหรืออาการไม่คงที่ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อายากอาเจียน เหนื่อย หรือหายใจเร็วผิดปกติ
3. มีสภาวะอื่น ๆ ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
4. มีภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ
5. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม

เกณฑ์การถอนถอน (Withdrawal criteria)

1. มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (PHQ-9 = 20 - 27 คะแนน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และประวัติการได้รับเชื้อ Covid-19 ในช่วง 3 เดือน ตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้จากการสัมภาษณ์และแบบบันทึก

ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลผู้จัดการรายการโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

1.2 ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ประกอบด้วย

1.2.1 ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบคือ แบ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ซึ่งได้จากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลผู้จัดการรายการโรคหลอดเลือดสมอง

1.2.2 ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้จากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลผู้จัดการรายการโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะเป็นแบบเติมคำ วัดได้จากแบบประเมิน Modified Rankin Scale (mRS) ที่ถูกสร้างโดย John Rankin ในปี ค.ศ.1957 และฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 (Banks, & Marotta, 2007) เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานสากลและใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2558) ใช้ในการประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนนน้อยกว่า 3 คาดว่าผู้ป่วยจะสามารถช่วยเหลือตนเองในการประกอบชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2562) ทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของแบบประเมิน โดยมีค่าความน่าเชื่อถือเมื่อประเมินซ้ำ (test-retest reliability) ในช่วง acute stroke อยู่ที่ 0.95 และช่วง post-stroke อยู่ที่ 0.81 - 0.99 มีระดับดังนี้

- | | | |
|---|---------|--|
| 0 | หมายถึง | ไม่มีความผิดปกติใด ๆ |
| 1 | หมายถึง | ไม่มีความผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญ; สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ |
| 2 | หมายถึง | มีความพิการเล็กน้อย; ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมเหมือนก่อนหน้านี้ทั้งหมด แต่สามารถทำกิจกรรมของตนเองได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย |
| 3 | หมายถึง | มีความพิการปานกลาง; ต้องการความช่วยเหลือบางอย่าง แต่สามารถเดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย |
| 4 | หมายถึง | มีความพิการรุนแรงปานกลาง; ไม่สามารถเดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยและไม่สามารถดูแลตนเองได้โดยไม่มีผู้ช่วย |
| 5 | หมายถึง | มีความพิการรุนแรง; ติดเตียง ต้องได้รับการดูแลทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง |
| 6 | หมายถึง | เสียชีวิต |

และในการวิจัยครั้งนี้การแปลผลแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ความรุนแรงน้อย (mRS < 3 คะแนน) และความรุนแรงมาก (mRS \geq 3 คะแนน)

1.2.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งได้จากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะเป็นแบบเติมคำตอบได้จากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity of Daily Living Index : ADL) สร้างขึ้นโดย มาโฮนิและบาร์เธล (1965) มีองค์ประกอบคือการรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย สุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องน้ำหรือกระโถน การอาบน้ำเช็ดตัว การเดิน / การเคลื่อนที่ การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การแต่งตัว/สวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะ ทั้งหมด 10 ข้อ มีคะแนนรวมเท่ากับ 100 คะแนน เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานสากลและใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2558) ซึ่งสุภัทรา ผิวขาว และคณะ (2559) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.87 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและวิเคราะห์ความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.98 ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากแบบฟอร์มข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผู้จัดการรายกรณี และในการวิจัยครั้งนี้ มีการแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมด (BI > 95 คะแนน) 2) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้บางส่วน (BI \leq 95 คะแนน)

2. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) สร้างโดยเคิร์ต, สปีตเซอร์, และวิลเลียมส์ (Kroenke, Spitzer, & William, 2001) ฉบับแปลภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2551) มี 9 ข้อคำถาม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ ซึ่งกนิฐา ตัญดา และคณะ (2560) นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ของแบบสอบถาม มีค่าอยู่ระหว่าง 0.77 – 1 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78

การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (\leq 4 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่เล็กน้อยถึงรุนแรง (> 4 คะแนน)

3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสุภัทรา ผิวขาว และคณะ (2559) ที่สร้างขึ้นภายใต้กรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) ครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 3 ด้าน ดังนี้ 1) ขนาดหรือระดับการรับรู้ความสามารถตามความยากง่ายของพฤติกรรม 2) ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม และ 3) ระดับความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่น ๆ มาใช้ในสถานการณ์

ใหม่ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ซึ่งสุภัทรา ผิวขาว และคณะ (2559) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและวิเคราะห์ความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93 การให้คะแนนมีเกณฑ์การให้ค่าคะแนน ดังนี้

ความคิดเห็นในการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4
เห็นด้วย	3
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	1

การแปลผล มีเกณฑ์การคิดค่าคะแนน โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากแบบสอบถาม และแปลความหมายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์ต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย > 3.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง
 คะแนนเฉลี่ย ≤ 3.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม สร้างและพัฒนาโดยฮานี เวาะและ (2559) ซึ่งประยุกต์จากแบบสอบถามของ วราวุธ วงศ์บา (2552) โดยสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือด้านอารมณ์ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านเครื่องมือ มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งฮานี เวาะและ (2559) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ของแบบสอบถาม = 0.67-1 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้คือ

เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้ค่าคะแนนเท่ากับ	1 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ค่าคะแนนเท่ากับ	2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ค่าคะแนนเท่ากับ	3 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ค่าคะแนนเท่ากับ	4 คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ค่าคะแนนเท่ากับ	5 คะแนน

การแปลผล ค่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการสนับสนุนทางสังคม
≥ 3.50 คะแนน	ระดับมาก
< 3.50 คะแนน	ระดับน้อย

7. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับภาษาไทย (Thai-SS-QoL-12) พัฒนาโดยโพสท์ และคณะ (Post et al., 2011) ฉบับแปลไทยของ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ (2562) มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงลบ (มีการกลับค่าคะแนนในขั้นตอนการคำนวณ) ซึ่งปราโมทย์ ถ่างกระโทกและคณะ (2562) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0.6 ถึง 1.0 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 ด้านร่างกายเท่ากับ 0.86 และด้านจิตสังคม เท่ากับ 0.90 มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้คือ

ระดับความรู้สึกต่อคุณภาพชีวิต	คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
ไม่เลย	1

การแปลผล

คะแนนรวม (ร้อยละ) = (คะแนนเฉลี่ย item score - 1)/4 x 100 คะแนน

มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75 อยู่ในเกณฑ์ดี (good outcome) บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ 1) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานและใช้กันอย่างแพร่หลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ส่วนแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้

สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งหมดเป็น เครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 - 5 ท่าน และผ่านการทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตใช้ เครื่องมือดังกล่าวโดยไม่ได้ดัดแปลงใด ๆ ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้จึงไม่มีการตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาของเครื่องมือวิจัยซ้ำ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ 1) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 2) แบบสอบถาม การสนับสนุนทางสังคม 3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 4) แบบสอบถามคุณภาพ ชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับภาษาไทย เคยผ่านการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.78, 0.97, 0.93 และ 0.94 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์คุณภาพด้านความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย และในการศึกษา ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแรก ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.71, 0.94, 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยได้รับรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เอกสารเลขที่ 368/2023 หลังจากนั้นผู้วิจัยทำจดหมายถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย เมื่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรอนุมัติให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลผู้จัดการ รายการโรคหลอดเลือดสมองและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่ออธิบาย รายละเอียดการวิจัยและขอความอนุเคราะห์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกในการ ติดต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตให้นักวิจัยเข้าพบ

จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ข้อมูลและแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในตอบแบบสัมภาษณ์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ประโยชน์ที่จะเกิดจาก การวิจัย รวมถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ขณะสัมภาษณ์ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการช่วงหยุดพักหรือขอยุติการให้ข้อมูลสามารถกับผู้วิจัยได้ทันที หรือในระหว่าง การศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวออกจากการศึกษาได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือไม่เกิด ผลเสียใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับในตู้เก็บเอกสารและ ระบบคอมพิวเตอร์ที่มีการเข้ารหัส หากสิ้นสุดการวิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมดทันทีภายใน 3 ปี ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ในทางการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการเป็นขั้นตอนมีลำดับ ดังนี้

1. การดำเนินการก่อนการขอความยินยอม

1.1 ผู้วิจัยทำจดหมายถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย ด้วยเครื่องมือวิจัยจำนวน 5 ชุด คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 4) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และประสานงานกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกเป็นลำดับต่อไป

1.2 เมื่อผู้อำนวยการอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่ออธิบายรายละเอียดการวิจัยและขอความอนุเคราะห์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก ในการติดต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบ

1.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมารับบริการ (มาตรวจตามนัดปกติ) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกสอบถามกลุ่มตัวอย่างว่า “วันนี้จะมีนักวิจัยจะมาสัมภาษณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ท่านจะอนุญาตให้นักวิจัยเข้าพบเพื่ออธิบายรายละเอียดหรือไม่ ทั้งนี้การอนุญาตหรือไม่อนุญาตจะไม่มีผลใด ๆ กับการดูแลและการรักษาที่จะได้รับ ดังนั้น ท่านสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระ ไม่ต้องกังวลใจ ใด ๆ” เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาตจึงดำเนินการในกระบวนการให้ข้อมูลและขอความยินยอม

2. กระบวนการให้ข้อมูลและขอความยินยอม

2.1 ผู้วิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บข้อมูล โดยนำกลุ่มตัวอย่างไปห้องที่จัดเตรียมไว้ ใกล้กับจุดซักประวัติผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาจากแพทย์ โดยผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความเสี่ยงและความไม่สบายที่อาจจะได้รับ ประโยชน์ของการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้โดยไม่มีผลกับมาตรฐานการรักษาดูแล และให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการปรึกษาญาติ และแพทย์เจ้าของไข้ก่อนตัดสินใจโดยอิสระ (ผู้วิจัยจะรอคำตอบหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างเข้าพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว) โดยมีเวลาเพียงพอให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ

2.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อสอบถามความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามหรือประทับลายนิ้วมือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กรณีไม่สามารถเขียนได้) พร้อมแจ้งกับกลุ่มตัวอย่างว่าผู้วิจัยจะติดตามไปสัมภาษณ์ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่าง

เสร็จสิ้นขั้นตอนการตรวจรักษา และอยู่ระหว่างรอรับยา (เพื่อไม่ให้กลุ่มตัวอย่างกังวล) เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมแล้ว ผู้วิจัยขอความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้ก่อนกระบวนการคัดกรอง

3. กระบวนการคัดกรอง

3.1 หลังจากกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม และแพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้เก็บข้อมูลได้แล้วนั้น ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างไปที่ห้องสัมภาษณ์ บริเวณใกล้กับห้องรอรับยาผู้ป่วยนอก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นส่วนตัว และไม่มีคนพลุกพล่าน แล้วดำเนินการคัดกรองด้วยการสัมภาษณ์ ได้แก่ อายุ และอาการกำเริบหรือไม่คงที่ ประเมินความสามารถในการสื่อสารเข้าใจภาษาไทย หรือคะแนนกลาสโกว์โคมาสกอว์ (GCS) การรับรู้วัน เวลา สถานที่ และข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ได้แก่ การวินิจฉัยจากแพทย์ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และบันทึกลงในแบบคัดกรองอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมวิจัย ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก (รายละเอียดตามแบบคัดกรองอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมวิจัย)

3.2 หลังจากนั้นจึงตรวจสอบผลการคัดกรอง หากพบว่าเป็นไปตามเกณฑ์จึงเริ่มกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เป็นลำดับต่อไป

4. กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ผู้วิจัยอ่านแบบสัมภาษณ์ที่ละข้อ อย่างช้า ๆ ด้วยถ้อยคำที่ชัดเจน แล้วให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาตัดสินใจเลือกคำตอบที่ตรงตามความเป็นจริง จนครบทั้งหมด 5 ชุด (68ข้อ) โดยจะเริ่มจาก 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (หากพบว่ามีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ผู้วิจัยจะหยุดสัมภาษณ์ทันที และถอดถอนกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัย ผู้วิจัยจะส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกและแพทย์เจ้าของไข้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรทันที เพื่อประเมินอาการและให้การรักษาโดยเร็ว โดยแพทย์เจ้าของไข้จะพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชต่อไป) 3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ 5) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลาประมาณ 40 นาที โดยไม่มีการบันทึกเสียง ในระหว่างสัมภาษณ์หากกลุ่มตัวอย่างต้องการหยุดพักหรือยุติการให้ข้อมูลสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ

4.2 ผู้วิจัยแจ้งกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ได้แก่ โรคประจำตัว ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งได้จากพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ได้แก่ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการได้รับเชื้อ COVID-19 ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คะแนน mRS ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และคะแนน Barthel Activity of Daily Living Index ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ด้วยการวิเคราะห์โดยสถิติ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage)

2. วิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิต ด้วยการวิเคราะห์โดยสถิติ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. วิเคราะห์สมการทำนาย ได้แก่ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary Logistic Regression) เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรเกณฑ์ไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการจัดกลุ่มข้อมูลและทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

1. ตัวแปรทำนายที่ใช้ในการวิเคราะห์ต้องมีมาตรวัดระดับช่วง (interval scale) หรือสูงกว่า กรณีที่มีมาตรวัดต่ำกว่าได้ทำการแปลงเป็นตัวแปรหุ่น ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการแปลงตัวแปรทำนายทั้งหมดเป็นตัวแปรหุ่นตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์

2. ตัวแปรตาม สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ เป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม แบ่งเป็น 2 ค่า คือ 0 กับ 1 โดย 0 แทนค่า คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และ 1 แทนค่าคุณภาพชีวิตดี

3. ตัวแปรทำนายไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) การศึกษาครั้งนี้พบว่าตัวแปรทำนายได้แก่ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กันสูงกว่า 0.80 ($r_s = 0.88, p < .001$) ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของ Stevens (1996 อ้างถึงใน ยุทธ ไทยวรรณ, 2555) คือค่า r ไม่เกิน 0.80 ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงคงไว้เพียงตัวแปรความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีค่าความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสูงกว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r_s = 0.67$ และ 0.58 ตามลำดับ) ดังนั้นคงเหลือตัวแปรทำนายที่ศึกษา 5 ตัวแปร ได้แก่ 1) ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง 2) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) ภาวะซึมเศร้า 4) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 5) การสนับสนุนทางสังคม ที่ได้นำไปวิเคราะห์สมการทำนายแบบไปข้างหน้า (Forward stepwise: Likelihood ratio)

ซึ่งเป็นไปตามเงื่อนไขของการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทั้งหมด ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายในขั้นตอนต่อไป

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในยุคนกตีดัดไป เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน ร่วมกับข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งได้จากพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2567 - มีนาคม 2567 ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคนกตีดัดไป

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน-การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคนกตีดัดไป

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวน 120 ราย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการติดเชื้อ COVID-19 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามคุณภาพชีวิต

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด (n=120)
	คุณภาพชีวิตดี	คุณภาพชีวิต ไม่ดี	
เพศ			
- ชาย	47 (55.29)	15 (42.82)	62 (51.67)
- หญิง	38 (44.71)	20 (57.14)	58 (48.33)
อายุ (ปี)			
- 60-70	57 (67.06)	16(45.71)	73 (60.83)
- 71-80	16 (18.82)	13 (37.14)	29 (24.17)
- 81 ปีขึ้นไป	12 (14.12)	6(17.14)	18(15.00)
ระดับการศึกษา			
- ไม่ได้รับการศึกษา	27 (31.76)	18 (51.43)	45 (37.50)
- ประถมศึกษา	27 (31.76)	10 (28.57)	37 (30.83)
- มัธยมศึกษา	20 (23.53)	3 (8.57)	23 19.17)
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพ หรืออนุปริญญา	5 (5.88)	0	5 (4.17)
- ปริญญาตรี	6 (7.06)	4 (11.43)	10 (8.33)
สถานภาพสมรส			
- โสด	3 (3.53)	1 (2.86)	4 (3.33)
- สมรส	51 (60.00)	20 (57.14)	71 (59.17)
- หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่	31 (36.47)	14 (40.00)	45 (37.50)
อาชีพปัจจุบัน			
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	23 (27.06)	28 (80.00)	51 (42.50)
- ข้าราชการบำนาญ	16 (18.82)	1 (2.86)	17 (14.17)
- รับจ้างทั่วไป	21 (24.71)	2 (5.71)	23 (19.17)
- เกษตรกร	17 (20.00)	3 (8.57)	20 (16.66)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=120)
	คุณภาพชีวิตดี	คุณภาพชีวิตไม่ดี	
- ค่าชาย / ธุรกิจส่วนตัว	8 (9.41)	1 (2.86)	9 (7.50)
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน			
- 6,001-9,000	14 (16.47)	7 (20.00)	21 (17.50)
- 9,001-12,000	19 (22.35)	8 (22.86)	27 (22.50)
- มากกว่า 12,000	52 (61.18)	20 (57.14)	72 (60.00)
โรคประจำตัว			
- ความดันโลหิตสูง	19 (22.35)	6 (17.14)	25 (20.83)
- ไขมันในเลือดสูง	2 (1.67)	0	2 (1.67)
- มีมากกว่า 1 โรค	64 (75.29)	29 (82.86)	93 (77.50)
ประวัติการติดเชื้อ COVID-19 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา			
- เคยติดเชื้อ	2 (2.35)	2 (5.71)	4 (3.33)
- ไม่เคยติดเชื้อ	83 (97.65)	33 (94.29)	116 (96.67)
ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง			
สมอง	33 (38.82)	19 (54.29)	52 (43.33)
- 0-3 เดือน	52 (61.18)	16 (45.71)	68 (56.67)
- 3-6 เดือน			

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120 ราย มีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 70.83 ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 51.67 อายุระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 60.83 ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 37.50 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 12,000บาท ร้อยละ 60.00 มีสถานภาพสมรส คือ สมรส ร้อยละ 59.17 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 42.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 77.50 และไม่เคยติดเชื้อ Covid-19 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 96.67 ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 73.33 โดยมีระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 3-6 เดือนร้อยละ 56.67 มีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองหรือ mRS < 3 ร้อยละ 60.00 และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมดร้อยละ 54.17

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จำแนกรายด้าน (n=120)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต			
	คุณภาพชีวิตดี (≥ ร้อยละ 75)		คุณภาพชีวิตไม่ดี (< ร้อยละ 75)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตโดยรวม	85	70.83	35	29.17
ด้านร่างกาย (Physical)	83	69.17	37	30.83
ด้านจิตสังคม (Psychosocial)	86	71.67	34	28.33

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี หรือมีคะแนนที่ได้จากการคำนวณตามสูตรมากกว่า ร้อยละ 75 จำนวน 85 คน (ร้อยละ 70.83) โดยในคนที่มีคุณภาพชีวิตดี จะมีคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมดีมากกว่าด้านร่างกาย (ร้อยละ 71.67 และ 69.17 ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีมากกว่าด้านจิตสังคม (ร้อยละ 30.83 และ 28.33 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป (n=120)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		Chi-Square	p-value
	คุณภาพชีวิตดี	คุณภาพชีวิตไม่ดี		
	85 (70.83)	35(29.17)		
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง			33.094	.000**
- Ischemic stroke	75 (88.24)	13 (37.14)		
- Hemorrhagic stroke	10 (11.76)	22 (62.86)		
ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง			54.454	.000**
- mRS (< 3 คะแนน)	69 (81.18)	3 (8.57)		
- mRS (≥ 3 คะแนน)	16 (18.82)	32 (91.43)		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน			41.377	.000**
- ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมด	62 (72.94)	3 (8.57)		
- ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้บางส่วน	23 (27.06)	32 (91.43)		
ภาวะซึมเศร้า			6.426	.011*
- ไม่มี (≤ 4 คะแนน)	83 (97.65)	30 (85.71)		
- มี (> 4 คะแนน)	2 (2.35)	5 (14.29)		

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		Chi-Square	p-value
	คุณภาพชีวิตดี	คุณภาพชีวิตไม่ดี		
	85 (70.83)	35(29.17)		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน			35.358	.000**
- มาก (ค่าเฉลี่ย > 3.00 คะแนน)	70 (82.35)	9 (25.71)		
- น้อย (ค่าเฉลี่ย ≤ 3.00 คะแนน)	15 (17.65)	26 (74.29)		
การสนับสนุนทางสังคม			.001	.972
- มาก (ค่าเฉลี่ย ≥ 3.50)	80 (94.12)	2 (5.71)		
- น้อย (ค่าเฉลี่ย < 3.50)	5 (5.88)	33 (94.29)		

*p < .05, **p < .001

จากตาราง 3 พบว่า ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป

ผู้วิจัยได้ทำการจัดกลุ่มข้อมูลและทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าตัวแปรทำนายได้แก่ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กันสูงกว่า 0.80 ($r_s = 0.88$, $p < .001$) (ภาคผนวก จ.) ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของ Stevens (1996 อ้างถึงใน ยุทธ ไกยวรรณ, 2555) คือค่า r ไม่เกิน 0.80 ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงคงไว้เพียงตัวแปรความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีค่าความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสูงกว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r_s = 0.67$ และ 0.58 ตามลำดับ) ดังนั้นในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไปในครั้งนี้จะคงเหลือตัวแปรทำนายที่ศึกษา 4 ตัวแปรได้แก่ 1) ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง 2) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) ภาวะซึมเศร้า และ 4) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) วิธีการถดถอยแบบเดินหน้า (Forward) โดยเลือกความน่าจะเป็นของ Likelihood ratio statistic พบว่า ตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไปได้ร้อยละ 61.90 (Nagelkerke $R^2 = 61.90\%$) และมีความสามารถทำนายโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นร้อยละ 87.50 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบเดินหน้า (Forward LR) ของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a ความรุนแรง	3.829	.665	33.196	1	.000	46.000	12.506	169.197
Constant	-.693	.306	5.125	1	.024	.500		
Step 2 ^b ความรุนแรง	3.223	.704	20.972	1	.000	25.094	6.318	99.670
สมรรถนะแห่งตน	1.317	.590	4.981	1	.026	3.731	1.174	11.859
Constant	-1.156	.392	8.695	1	.003	.315		
Step 3 ^c ชนิดของโรค	1.311	.625	4.400	1	.036	3.711	1.090	12.634
ความรุนแรง	2.694	.750	12.893	1	.000	14.783	3.398	64.312
สมรรถนะแห่งตน	1.305	.621	4.423	1	.035	3.688	1.093	12.446
Constant	-1.798	.543	10.975	1	.001	.166		
Nagelkerke $R^2 = 61.90\%$						Percentage Correct = 87.50		

*p < .05

- Variable(s) entered on step 1: ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
- Variable(s) entered on step 2: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- Variable(s) entered on step 3: ชนิดของโรค

จากตาราง 4 แสดงตัวแปรอิสระที่เข้าสมการด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบเดินหน้า (Forward stepwise) โดยเลือกใช้ค่าความน่าจะเป็นของ Likelihood - ratio statistic ที่ขึ้นกับการประมาณค่า maximum likelihood เพื่อคัดเลือกปัจจัยต่าง ๆ จาก 5 ปัจจัย ระบบได้พิจารณา

ตัวแปรเข้าสมการทั้งหมด 3 step พบว่า มี 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือมีความสัมพันธ์กับโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติดีไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติก (B) เท่ากับ 1.311, 2.694 และ 1.305 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาค่า Odd ratio จากค่า $\text{Exp}(B)$ พบว่า

1. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สามารถทำนายหรือมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากขึ้น 3.71 เท่า ($OR=3.711$, 95% CI = 1.090 - 12.634, $p<.05$)
2. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองดี ($mRS < 3$ คะแนน) สามารถทำนายหรือมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากขึ้น 14.8 เท่า ($OR=14.783$, 95% CI = 3.398 - 64.312, $p<.001$)
3. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาก จะสามารถทำนายหรือมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากขึ้น 3.70 เท่า ($OR=3.688$, 95% CI = 1.093 - 12.446, $p<.05$)

ดังนั้น จากตาราง 4 สามารถสร้างสมการทำนายโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สร้างสมการโลจิสติกได้ดังนี้

$\text{Log}(\text{โอกาสที่จะเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี/โอกาสที่จะเสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง}) = -1.798 + 1.311(\text{ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง}) + 2.694(\text{ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง}) + 1.305(\text{การรับรู้สมรรถนะของตนเอง})$

สรุป ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมทำนายโอกาสที่จะเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 61.90 ($\text{Nagelkerke } R^2 = 61.90\%$) และมีประสิทธิภาพการทำนายถูกต้องร้อยละ 87.50

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในยุคปกติถัดไป เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 6 เดือน และมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 120 ราย ที่ไม่มีปัญหาการได้ยิน สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและผ่านการทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตใช้เครื่องมือดังกล่าวโดยไม่ได้ดัดแปลงใด ๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาซ้ำ แต่มีการนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแรก มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นซ้ำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.95, 0.71, 0.92 และ 0.94 ตามลำดับ ใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้น วิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary Logistic Regression) วิธีการถดถอยแบบเดินหน้า (Forward)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120 ราย มีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 70.83 ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 51.67 อายุระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 60.83 ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 37.50 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 12,000บาท ร้อยละ 60.00 มีสถานภาพสมรส คือ สมรส ร้อยละ 59.17 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 42.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 77.50 และไม่เคยติดเชื้อ Covid-19 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 96.67 ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 73.33 โดยมีระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 3-6 เดือน ร้อยละ 56.67 มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

(ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล) หรือ mRS < 3 ร้อยละ 60.00 และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด (ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล) ร้อยละ 54.17

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี หรือมีคะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 75 จำนวน 85 คน (ร้อยละ 70.83)

3. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป ตัวแปรทำนายคือ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป พบว่า ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมทำนายโอกาสที่จะเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 61.90 (Nagelkerke $R^2 = 61.90\%$) และมีประสิทธิภาพการทำนายถูกต้องร้อยละ 87.50 สร้างสมการโลจิสติกได้ ดังนี้

Log (โอกาสที่จะเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี/โอกาสที่จะเสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง) = $-1.798 + 1.311$ (ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง) + 2.694 (ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง) + 1.305 (การรับรู้สมรรถนะแห่งตน)

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ศึกษาาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.83 โดยในคนที่มีความหมายชีวิตดีจะมีจำนวนของผู้ที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมดีมากกว่าด้านร่างกาย ร้อยละ 71.67 และ 69.17 ตามลำดับ สามารถอธิบายตามแนวคิดของ เฟอรรานส์และคณะ (Ferrans et al., 2005) ได้อธิบายว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นและมีความสำคัญกับบุคคลนั้น รวมถึงการยอมรับในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน และได้รับอิทธิพลโดยตรงจากปัจจัยเฉพาะบุคคล (Characteristics of the Individual) คือ อายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงผู้สูงอายุตอนต้น คือ อายุ 60-70 ปี ร้อยละ 60.83 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น เป็นช่วงที่ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้ ประกอบกับการศึกษารังนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 60.00 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 12,000 ซึ่งการมีรายได้เพียงพอจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสแสวงหาสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของแต่ละบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การมีรายได้เฉลี่ยครอบครัวที่เพียงพอจะทำให้มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งของจำเป็นสำหรับการฟื้นฟูร่างกาย นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

มีคู่สมรส ร้อยละ 59.17 คู่สมรสจะเป็นผู้ดูแลที่สำคัญและจะคอยช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้คำปรึกษา พุดคุย ให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้สึกอบอุ่นใจเหมือนมีเพื่อนที่รู้ใจอยู่ใกล้ ๆ และผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่อยากให้คนในครอบครัวเป็นผู้ดูแล จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกมีความเชื่อมั่นในตนเอง ในการดูแลสุขภาพร่างกายให้ดีขึ้นภายหลังเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (อรณิชฐ์ แสงทองสุข, 2562) เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตดี มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับมาก ร้อยละ 82.35 ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (General health perceptions) ที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงศักยภาพตนเองและมีความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการส่งเสริมและสนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การใส่ใจดูแลสุขภาพและกายภาพบำบัดมากขึ้น ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้วยเหตุนี้จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ ทำให้ไม่มีภาวะซึมเศร้า เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 97.65 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (mRS) < 3 คะแนน ร้อยละ 81.18 ส่วนใหญ่ไม่มีความพิการ และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมดร้อยละ 72.94 จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของฮานี เวาะและที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 62.70 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับมาก ร้อยละ 46.20 (ฮานี เวาะและ, 2559)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ยุคปกติถัดไป ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีค่าอำนาจการทำนายการเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากที่สุด (B =2.69) รองลงมาคือ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (B =1.31) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (B =1.30) และสามารถสร้างสมการทำนายโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไปได้ร้อยละ 61.90 (Nagelkerke R² = 61.90%) และมีประสิทธิภาพการทำนายถูกต้องร้อยละ 87.50 โดยสามารถสร้างสมการโลจิสติกได้ดังนี้

Log (โอกาสที่จะเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี/โอกาสที่จะเสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง) = -1.798 + 1.311(ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง) + 2.694 (ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง) + 1.305 (การรับรู้สมรรถนะแห่งตน)

ผู้วิจัยจะขออภิปรายความตามสมการทำนาย ได้ดังนี้

1. ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายหรือมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตได้มากขึ้น 14.8 เท่า ($OR=14.783$, $95\% CI = 3.398 - 64.312$, $p<.001$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองต่ำ ($mRS < 3$) มีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ 14.8 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสูง ($mRS \geq 3$) กล่าวคือโรคหลอดเลือดสมองคือภาวะที่เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลายเนื่องจากความผิดปกติของหลอดเลือดทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางระบบประสาท (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) โดยความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของพยาธิสภาพและจะมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพ ในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคมก จะมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเนื่องจากสูญเสียการทำหน้าที่ด้านร่างกาย หรือเกิดความพิการ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานต่อการสูญเสียการทำหน้าที่ด้านร่างกาย รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าและไม่มีความสุขในชีวิต ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจในชีวิตลดลงหรือคุณภาพชีวิตลดต่ำลง (ฮานี เวาะและ, 2559) การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (mRS) ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความผิดปกติใด ๆ รองลงมาคือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีความผิดปกติที่รุนแรง สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ รังษิยา เชื้อเจ็ดตน (2560) พบว่า ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (mRS) มีค่าความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ($r_s = -0.316$, $p<0.05$) นอกจากนี้ โหยวและคณะ (Yeoh et al., 2018) ทำการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกที่ทำนายคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหลังโรคหลอดเลือดสมองพบว่า mRS ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีอำนาจในการทำนายโดยตรงกับคุณภาพชีวิตหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะ 3 เดือน และ 12 เดือน ($\beta = -0.179$ และ $\beta = -0.136$ ตามลำดับ) ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองต่ำ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสูง โดยที่ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีค่าอำนาจการทำนายการเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากที่สุด ($\beta = 2.69$)

2. ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน สามารถทำนายหรือมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากขึ้น 3.71 เท่า ($OR=3.711$, $95\% CI = 1.090 - 12.634$, $p<.05$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีเป็น 3.71 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก ซึ่งสถาบันการแพทย์

ฉุกฉินแห่งชาติ (2565) อธิบายว่า โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมีอาการและความรุนแรงของโรคในขอบเขตตามตำแหน่งที่มีการอุดตันเท่านั้น แต่โรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกจะมีเลือดออกในเนื้อสมอง และไตชั้นเยื่อหุ้มสมองทำจะมีเนื้อสมองที่บวมขึ้นและกดเบียดเนื้อสมองส่วนอื่น ๆ ทำให้สมองส่วนนั้นสูญเสียการทำงานไป นอกจากนี้ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบสามารถทำได้รวดเร็วโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงเนื้อสมองก่อนที่เนื้อสมองจะตาย และสามารถกลับมาทำงานได้อีกตามปกติ ด้วยเหตุนี้การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบจึงดีกว่าชนิดแตก (ดวงพร คงเปี่ยม, 2558) สอดคล้องกับ อไล (Ali, 2020) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ทำให้ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบมีอิทธิพลในการทำนายโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้โดยมีค่าอำนาจการทำนายการเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ($\beta = 1.31$)

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองมาก สามารถทำนายหรือมีโอกาสดเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากขึ้น 3.70 เท่า (OR=3.688, 95% CI = 1.093 - 12.446, $p < .05$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาก มีโอกาสดเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ 3.70 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนน้อย อธิบายได้ว่าการรับรู้สมรรถนะเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือตัดสินความสามารถส่วนบุคคลในการทำพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต ทำให้พฤติกรรมและคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (Bandura, 1986) ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้และมีความมั่นใจความสามารถของตนเอง รับรู้ถึงศักยภาพตนเองและมีความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการควบคุมและจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตในระดับดี จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การใส่ใจดูแลสุขภาพและกายภาพบำบัด การทำกิจวัตรประจำวัน ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยเหตุนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับมากจึงรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 82.35 สอดคล้องกับปีเตอร์ และคณะ (Peters et al., 2019) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .54, p < 0.001$) ด้วยเหตุนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงสามารถทำนายโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีโดยมีค่าอำนาจการทำนายการเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้น้อยที่สุด ($\beta = 1.30$) เมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรทำนายอื่น

สำหรับปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายได้มีดังต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน รวมไปถึงการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย อาห์เมด และคณะ (Ahmed et al., 2020) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะซึมเศร้าจึงไม่มีอำนาจในการทำนายร่วมกับตัวแปรอื่นที่อยู่ในสมการ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับมาก และส่วนใหญ่ไม่มีความพิการ จึงทำให้ภาพลักษณ์ไม่แตกต่างไปจากเดิม อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก จึงทำให้ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตดีและกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 97.65 และ 85.71 ตามลำดับ นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีทั้งกลุ่ม early onset และ delay onset โดยกลุ่ม delay onset จะพบได้ในช่วง 1-2 ปี หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 6 เดือน ด้วยเหตุนี้ภาวะซึมเศร้าจึงไม่มีอำนาจในการทำนายร่วมกับตัวแปรอื่นที่อยู่ในสมการ (ดาร์จ อนิวรรณพงศ์, 2561)

2. การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์และส่งผลโดยตรงกับคุณภาพชีวิตประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมด้านสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรืออิทธิพลทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ที่มีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ (Ferrans et al., 2005) เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่าคุณเองได้รับการสนับสนุนจากสังคม สิ่งแวดล้อมและบุคคลที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อสู้กับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมีสภาวะอารมณ์เชิงลบดีขึ้น รู้สึกมีที่พึ่ง ทำให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี (จามจุรี แซ่หลู่ และคณะ, 2564) แต่ในยุคปกติถัดไปรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตดีและไม่ดีเปลี่ยนแปลงไปโดยเน้นความปลอดภัย ทำให้ความสัมพันธ์ของคนในสังคมลดน้อยลง การมีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันลดน้อยลง สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ความสุขของคนในสังคมลดลง (สุพิชญา วงศ์วาสนา และชนกฤต หิรัญสาย, 2565) สถานบริการสุขภาพมีมาตรการ Universal Prevention เมื่อบุคลากรหรือผู้รับบริการที่ได้รับเชื้อ COVID-19 อาจเลื่อนหรือเปลี่ยนแปลงการให้บริการ การติดตามเยี่ยมบ้าน รวมถึงการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในขณะที่สถานพยาบาลต่าง ๆ ได้พยายามนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อเพิ่มช่องทางการให้ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น Medicine NU Official ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรโดยมีเนื้อหาเป็นชุดความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุน

ทางด้านอารมณ์มากที่สุด (\bar{X} = 4.47, S.D. = 0.66) โดยหากพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในเรื่องของการพาไปตรวจรักษาเมื่อเจ็บป่วยและต้องการพบแพทย์มากที่สุด (\bar{X} = 4.61, S.D. = 0.57) ซึ่งอรณิชฐ์ แสงทองสุข (2562) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยากให้คนในครอบครัวเป็นผู้ดูแล และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ มีคู่สมรส ร้อยละ 59.17 คู่สมรสเป็นปัจจัยเสริมทางสังคม และยังเป็นสัญลักษณ์บ่งบอกถึงการสนับสนุนทางสังคม ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากและรับรู้การมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่แตกต่างกัน และหากพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายข้อของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลข่าวสารจากเพื่อนบ้านและชุมชน น้อยที่สุด (\bar{X} = 3.06, S.D. = 1.01 และ \bar{X} = 3.01, S.D. = 1.07 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่ายุคปกติถัดไป การแพร่ระบาดของ COVID-19 ส่งผลให้ความสัมพันธ์และการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งชุมชนลดน้อยลงทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตดีและไม่ดี ด้วยเหตุนี้การสนับสนุนทางสังคมไม่มีอำนาจในการทำนายร่วมกับตัวแปรอื่นที่อยู่ในสมการทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ควรนำปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ค้นพบ ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการลดความรุนแรงของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมกับชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กณิฐา ต้อยตา, พัชรภาพร เกิดมงคล, ชขวัญใจ อำนาคศัตย์เชื้อ, และทัศนีย์ รวีวรกุล. (2560). ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31*(ฉบับพิเศษ), 27-42. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/100845/78354>
- กรมควบคุมโรค. (2565, 28 ตุลาคม). *กรมควบคุมโรค รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565 เน้นสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน*. สืบค้น 20 สิงหาคม 2566, จาก <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623>
- กรมควบคุมโรค สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *จำนวนและอัตราป่วย / ตาย ปี 2559-2562 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, หลอดลมอักเสบ ฉุกเฉินไปร่งพองต่อประชากรแสนคน 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) จำแนกรายจังหวัด เขตบริการสุขภาพ และภาพรวมประเทศ (รวมกรุงเทพมหานคร)*. สืบค้น 20 สิงหาคม 2566, จาก <http://www.lawyerscouncil.or.th/2011/index.php?name=knowledge>
- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. (2552). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ*. สืบค้น 20 สิงหาคม 2566, จาก <http://www.dsdw2016dsdw .go.th>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สถิติกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยปีงบประมาณ 2563*. สืบค้น 20 สิงหาคม 2566, จาก <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1429>
- กษมา เชียงทอง. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอำเภอ ดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่. สืบค้นจาก CMUIR. <http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/14138>
- กัญเกียรติ ก้อนแก้ว, ภาณุมาศ ทองเหลียม, และศิริยากร ทรัพย์ประเสริฐ. (2562). ปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28*(3), 394-401. <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/download /7185/6611/9881>

- เกศรินทร์ วิงพัฒน์ และโชติ บดีรัฐ. (2565). ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรณีศึกษา ในเขต องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านบุง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 7(7), 137-148. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JRKSA/article/view/255302/173068>
- ชนิษฐา รักษาเคน, สุรชาติ สิทธิปกรณ, และอภิญญา วงศ์พิริยโยธา. (2557). ความสัมพันธ์ ระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดอาการ 6 แรก. *วารสารวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 33(6), 686-694. <https://www.thaiscience.info/journals/Article/JSMU/10970798.pdf>
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). รู้จักโรคหลอดเลือดสมอง (stroke). สืบค้น 20 สิงหาคม 2566, จาก https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/hph/admin/news_files/545_49_1.pdf
- จันทร์จิรา สีสว่าง และปุลวิษฐ์ ทองแดง. (2559). ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยสูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 8(2), 73- 85. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/113480>
- จามจรี แชนท์, ธรรมวรรณ แก้วกระจก, และดาลิมา สำแดงสาร. (2564). อิทธิพลของแรงสนับสนุน ทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในสังคมเมือง สังคม กึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(2), 39-52. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/246092/168514>
- จาร์วี คณิตาภักดิ์, ทศพร คำผลศิริ และลินจง โปธิบาล. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้าง พลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. *พยาบาลสาร*, 47(1), 222-230. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/240796/164115>
- จาร์วรรณ ปิยหิรัญ. (2563). ความรู้และทักษะที่จำเป็นของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดทั่วโลกของเชื้อไวรัสโคโรนา 19. *วารสารพยาบาล สาธารณสุข*, 34(3), 152-163. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/download/245943/167753/890354>

- จุฑามาศ วงจันทร์, สุวรรณา วุฒิธรณฤทธิ์, และลัดดา เหลืองรัตนมาศ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6. *ราชวาทสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 12(1), 32-49. สืบค้น 20 สิงหาคม 2566, จาก <https://he01.tcithaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/248949/172736>
- ชญากุล นิตเกษมกุล. (2556). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่. สืบค้นจาก <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:119987>
- ชลภัศสรณ์ วิวรรณพงษ์. (2555). *การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลโยธธ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น. สืบค้นจาก <http://medicaldevices.oie.go.th/box/Article/6550/Chunputsorn-Wiwanpong-fulltext.pdf>
- ชุตติเดช เจียนดอน, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, ฉวีวรรณ บุญสุยา, และนพพร โทวีธีระกุล. (2554). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 41(3), 229-239. สืบค้น 20 สิงหาคม 2566, จาก <https://he02.tcithaijo.org/index.php/jph/article/view/8252>
- ณัฐหทัย นิรัตติย์ และ ณัฐชยา กำแพงแก้ว. (2564). *ระบบสาธารณสุขไทย : ความท้าทายในสถานการณ์วิกฤต. วารสาร มจร การพัฒนาลังคม*, 6(3), 174-188. สืบค้น 20 สิงหาคม 2566, จาก <https://so06.tcithaijo.org/index.php/JMSD/article/download/253251/171695/918221>
- ดวงพร คงเปี่ยม. (2558). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 12(2), 49-58. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/252997/171845>
- ดานิล วงศ์ษา, ประทุม สร้อยวงศ์, และจินดารัตน์ ชัยอาจ. (2561). *คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองภายใน 6 เดือนแรก หลังได้รับการวินิจฉัย. พยาบาลสาร*, 45(2), 40-50. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/download/145044/107206/387191>
- ดารุจ อนิวรรณตพงษ์. (2561). *ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง Post-Stroke Depression. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(4), 383-418. https://psychiatry.or.th/JOURNAL/63-4/07_Daruj.pdf

- ทัศนีย์ จินตกานนท์. (2562). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 38(1), 31-41. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/208539>
- นพวรรณ ดวงจันทร์, พรทิพย์ สิ้นประเสริฐ, วิภาดา ตรงเที่ยง, อศนี วันชัย, ชยุตรา สุทธิลักษณ์, และสุเมธ บรรเลงจิต. (2564). ภาวะโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุและแนวทางการสร้างความแข็งแรงแก่ญาติผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(1), 20-28. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/242475-168559/908002>
- นันทวรรณ ทิพยเนตร และวชิร ชนะบุตร. (2559). *ความรู้เรื่องความเสี่ยงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษา โรงงานทอผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม*. มหาสารคาม: สาขาเวชกิจฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นิตยา สุทธยากร. (2531). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร)*. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ. สืบค้นจาก Mahidol University Library and Knowledge Center. <http://www.li.mahidol.ac.th/e-thesis/scan/17678.pdf>
- นิภาพร บุตรสิงห์, นลินรัตน์ ทองนิรันดร์, ดิษยา รัตนากกร, เจษฎา เขียนดวงจันทร์, และพัชราภรสิรินทรานนท์. (2564). ผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ของร่างกายและผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ของร่างกายตามความคาดหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 15(2), 104-119. <http://pckpb.ac.th/ULIB6NEW/dublin.php?f=dublin&ID=13399130500>
- เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อยู่เจริญ, และปานเพชร สกกุลคู. การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุตรธานี. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 11(1), 27-39. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/247092/169229>
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่4)*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปติตดา ทรวงโพธิ์ และสุพร วงศ์ประทุม. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 4(2), 72-92. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/255562/173726>

- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, วชิรา โพธิ์ใส, เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ, วินัย ไตรนาทวัลย์, และวานิช สุขสถาน. (2562). ความตรงและความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิต เฉพาะผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองฉบับภาษาไทย. *J Med Health Sci*, 26(2), 33-43. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/view/231175>
- ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง. (2565). การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคปกติถัดไป. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 2(1), 86-96. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHQJ/article/view/256741>
- ปิยะภัทร เดชพระธรรม, รัตนา มีนะพันธ์, ประเสริฐพร จันทร, สมลักษณ์ เพ็ญมานะกิจ, เสาวลักษณ์ จันทระกษมจิต, และอัมไพ อยู่วัลย์. (2549). ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เรลฉบับ ภาษาไทยในผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 16(1), 1-9. <https://www.rehabmed.or.th/main/wp-content/uploads/2015/01/L-218.pdf>
- ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา. (2559). กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต. *วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่*, 49(2), 171-184. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bulletinAMS/article/download/59887/49191/139941>
- ผกามาศ พิริยะประสาธน์. (2559). เครื่องมือประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสาร กายภาพบำบัด*, 38(3), 128-139. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjpt/article/view/113544>
- พระครูใบฎีกาวิชาญ วิสุทโธ และยุภาพร ยุภาศ. (2565). แนวทางการพัฒนาบุคลากรและการ ให้บริการภาครัฐในยุค Next Normal. *วารสารมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย*, 13(2), 15-24. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/gajasara/article/view/259442/175155>
- พัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ. สืบค้นจาก http://ethesisarchive.library9.tu.ac.th/thesis/2016/TU_2016_5614032042_4372_5601.pdf
- พิชชานันท์ สงวนสุข และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้าง สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก. สืบค้นจาก <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/3950/3/61061642.pdf>

- พิชเชนทร์ ดวงทองพล. (2563). แนวทางการดูแลผู้ป่วย Hemorrhagic Stroke เขตสุขภาพที่ 7. *วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 15(2), 1-23. <https://thaidj.org/index.php/jsnh/article/view/11718/10057>
- มาโนช หล่อตระกูล, สุธิดา สัมฤทธิ์ และรัตนา สายพานิช. (2551). Reliability and validity of Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 8(46). Doi : 10.1186/1471-244X-8-46/2008.06.020.
- ยศ วัชรคุปต์ และสมชัย จิตสุชน. (2563). ผลกระทบของโควิด-19 ต่อผู้สูงอายุ. สืบค้น 20 สิงหาคม 2566, จาก <https://tdri.or.th/2020/09/the-impact-of-covid-19-on-older-persons/>
- ยุทธ ไภยวรรณ. (2555). หลักการและการใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกสำหรับการวิจัย. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย*, 4(1), 1-12. <https://rdi.rmutsv.ac.th/rmutsvrj/download/year4-issue1-2555/p1.pdf>
- รังษิยา เชื้อเจ็ดตน. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่. สืบค้นจาก <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:125296>
- รัตนพร สายตรี, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, และสมเกียรติยศ วรเดช. (2562). ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 5(2), 1-13. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/247053>
- วงศ์สิริ แจ่มฟ้า, ศิริรัตน์ จำปาเรือง, และพิมพ์วรรณ เรืองพุทธ. (2562). ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ*, 11(2), 259-271. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/176779/157331>
- วิหวัศ คอยคำ และเบญจา มุกตพันธ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัวศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 14(1), 37-45. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/244580/168361>
- วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา, และจิตาภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 32-40. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/4878/4207>

- ศูนย์สำรวจความคิดเห็นทางสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2564). *60+ ฝ่าวิกฤติ COVID-19 สู่วิถีถัดไป (Next Normal)*. <https://nidapoll.nida.ac.th/data/survey/uploads/FILE-1631169162889.pdf>
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2565). *รายงานการศึกษาศาสนาการณบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการพัฒนาคุณภาพปฏิบัติการฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. สืบค้น 20 สิงหาคม 2566, จาก https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/415818_20220624102116.pdf
- สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. (2550). *แนวทาง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป*. <http://www.neurothai.org/images/2012/download/stroke-nurse2007.pdf>
- สถาบันประสาทวิทยา. (2550). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. สืบค้น 20 สิงหาคม 2566, จาก <https://www.slideshare.net/UtaiSukviwatsirikul/2007-44996410>
- สถาบันประสาทวิทยา. (2558). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล ทั่วไป*. สืบค้น 20 สิงหาคม 2566, จาก <http://122.155.219.72/skph/uploads/km/Ux1d6g7AFwuR8u lVUtVel /4273747b75645cc2346cd0945fed411b.pdf>
- สถาบันประสาทวิทยา. (2561). *คู่มือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก*. สืบค้น 20 สิงหาคม 2566, จาก http://www.dmsgo.th.backend//Content/Content_ File/Old_Content/dmsweb /publish/publish28062019100657.pdf
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2565). *อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย, 39(2), 39-46*. http://neurothai.org/images/journal/2023/vol39_no2/06%20Original%20Somsak%20Ubatkarn.pdf
- สมหวัง โรจนะ. (2563). *การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากภาวะ ความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 31(2), 205-221*. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/download/244673/169466/875558>
- สฤกษ์ดีพงษ์ แซ่หลี่ และปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2560). *การศึกษาคความตรงเชิงเกณฑ์ของ แบบสอบถาม PHQ-9 และ PHQ-2 ฉบับภาษาไทย ในการคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ชาวไทย. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร, 27(1), 30-37*. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/aseanjrm/article/view/77338>

- สายสุณี เจริญศิลป์. (2564). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ) มหาวิทยาลัยนครสวรรค์, พิษณุโลก. สืบค้นจาก <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/2833>
- สาตี เฉลิมวรรณพงศ์. (2552). *ผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่. สืบค้นจาก http://cmuir.cmu.ac.th/bitstream/6653943832/30678/2/nusc0309sc_abs.pdf
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๖*. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้น 20 สิงหาคม 2566, จาก https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/05/edit.ops_plan-66-for-web.pdf
- สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2562). *การประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง* (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2563). *การพัฒนาเครื่องมือสำหรับกรวิจัยทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ.
- สุทิน มณีชมภู. (2562). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่*. สืบค้น 20 สิงหาคม 2566, จาก <https://www.cmneuro.go.th/TH/research/63-Full%20Paper-สุทิน%20มณีชมภู.pdf>
- สุพิชญา วงศ์วาสนา และธนภฤต หิรัญสาย. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบทางลบจาก COVID-19 กับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาสาขาธุรกิจการบิน สถาบันพัฒนาบุคลากรการบิน มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต. *วารสารสหศาสตร์*, 22(1), 85-105. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/sahasart/article/view/251781>
- สุภัทรา ผิวขาว, สุนิศา ปรีชาวงษ์ และชนกพร จิตปัญญา. (2559). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ. สืบค้นจาก <https://www.car.chula.ac.th/display7.php?bib=b2155865>

- สุรจิตต์ วุฒิการณ์, พิสิทธิ์ จอมบุญเรือง, และไพศาล สรรสรวิสุทธิ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบางมูลนาก อำเภอบางมูลนากจังหวัดพิจิตร. ใน *รายงานสืบเนื่องจากการประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนองานวิจัยระดับนานาชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15* (น. 341). นครสวรรค์: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- แสงเดือน อภรัตน์วงศ์. (2563). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อภิพร กาญจนกฤษ และปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2558). ความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต Stroke Impact Scale (SIS) 3.0 ฉบับภาษาไทย. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 25(2), 45-52. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/aseanjrm/article/view/42291>
- อรณิชฐ์ แสงทองสุข. (2562). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี. ใน *หนังสือประมวลบทความ (Proceeding) การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ มหาวิทยาลัยศรีปทุม ครั้งที่ 14 ประจำปี 2562 เรื่อง วิจัยและนวัตกรรมเพื่อประเทศไทย 4.0 (Research and Innovation for Thailand 4.0)*, (น.498-505). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- อุไรวรรณ ทศนีย์สุวรรณ. (2564). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์*, 8(1), 293-311. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/download/249606/168215/880453>
- ฮานี เวาะและ. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, ยะลา. สืบค้นจาก <https://wb.yru.ac.th/bitstream/yr/4227/1/59735495009.pdf>
- Ahmed, T., Bahurupi, Y., Kumar, R. & Tamanna. (2020). Factors Affecting Quality of Life among Post-Stroke Patients in the Sub-Himalayan Region. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 11(4), 1-7. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1716927>.
- Ali, D. K. (2020). Quality of Life of Patients with Ischemic Stroke Versus Hemorrhagic Stroke: Comparative Study. *Medico-legal Update*, 20(2), 576-582. <https://doi.org/10.37506/mlu.v20i2.1172>

- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 4*(3), 359–373.
<https://doi.org/10.1521/jscp.1986.4.3.359>
- Banks, J. L., & Marotta, C. A. (2007). Outcomes validity and reliability of the modified Rankin scale: implications for stroke clinical trials: a literature review and synthesis. *Stroke, 38*(3), 1091–1096. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000258355.23810.c6>
- Duffy, L., Gajree, S., Langhorne, P., Stott, D. J., & Quinn, T. J. (2013). Reliability (inter-rater agreement) of the Barthel Index for assessment of stroke survivors: systematic review and meta-analysis. *Stroke, 44*(2), 462–468.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.112.678615>
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship, 37*(4), 336–342.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16396406/>
- Johnson, A. & Burns, B. (2020). *Hemorrhage*. Retrieved August 20, 2023 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542273/?fbclid=IwAR021xrJ2kYvSSmMX7pBXHAhLQDIVy3JC2XI63z2DbUJZYiQjkSh4RXfNPK>.
- Kariyawasam, P.N., Pathirana, K.D. & Hewage, D.C. (2020). Factors associated with health Related quality of life of patients with stroke in Sri Lankan context. *Health Qual Life Outcomes, 18*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01388-y>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine, 16*(9),606–613. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11556941/>
- Meiner, S. E. (2015). *Gerontologic nursing* (5th ed.). St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby.
- Peters, A., Potter, C.M., Kelly, L. & Fitzpatrick, R. (2019). Self-efficacy and healthrelated quality of life: a cross-sectional study of primary care patients with multi-morbidity. *Health and Quality of Life Outcomes, 17*(1), 37.
<https://doi.org/10.1186/s12955-019-1103-3>

- Pohjola, A., Oulasvirta, E., Roine, R. P., Sintonen, H. P., Hafez, A., Koroknay-Pál, P., Lehto, H., Niemelä, M., & Laakso, A. (2021). Comparing health-related quality of life in modified Rankin Scale grades: 15D results from 323 patients with brain arteriovenous malformation and population controls. *Acta Neurochir*, *163*, 2037–2046. <https://doi.org/10.1007/s00701-021-04847-7>
- Post, M. W., Boosman, H., van Zandvoort, M. M., Passier, P. E., Rinkel, G. J., & Visser-Meily, J. M. (2011). Development and validation of a short version of the Stroke Specific Quality of Life Scale. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, *82*(3), 283–286.
- Quinn, T. J., Dawson, J., Walters, M. R., & Lees, K. R. (2009). Reliability of the modified Rankin Scale: a systematic review. *Stroke*, *40*(10), 3393–3395. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.557256>
- Ringer, A. (2018). *Intracerebral Hemorrhage*. Retrieved August 20, 2023, from <https://d3djccaurgtij4.cloudfront.net/pe-ich.pdf>
- Sreekrishnan, A. (2017). *Functional Recovery And Quality Of Life Of Intracerebral Hemorrhage (ich) Patients Over 12 Months*. [Doctoral dissertation]. Yale Medicine Thesis Digital Library. <https://elischolar.library.yale.edu/yumtdl/2174>
- The American Stroke Association. (2019). *LIFE AFTER STROKE Our Path Forward*. Retrieved August 20, 2023, from https://www.stroke.org/-/media/stroke-files/life-after-stroke/life-after-stroke-guide_7819.pdf?la=en
- Truelsen, T., Begg, S., & Mathers, C. (2006). *The Global Burden of Cerebrovascular Disease*. Retrieved August 20, 2023, from https://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_cerebrovascular diseases stroke.pdf
- Visser, M. M., Aben, L., Heijenbrok-Kal, M. H., Busschbach, J. V., & Ribbers, G. M. (2014). The relative effect of coping strategy and depression on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke. *Journal of rehabilitation medicine : official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, *46*(6). <https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-1803>

- Wilson, J. T., Hareendran, A., Hendry, A., Potter, J., Bone, I., & Muir, K. W. (2005). Reliability of the modified Rankin Scale across multiple raters: benefits of a structured interview. *Stroke*, *36*(4), 777–781.
<https://doi.org/10.1161/01.STR.0000157596.13234.95>
- Wright, S. (2020). *Brain Hemorrhage: Causes, Symptoms, Treatments*. Retrieved August 20, 2023, from <https://www.webmd.com/brain/brain-hemorrhage-bleeding-causes-symptoms-treatments>
- Yeoh, Y. S., Koh, G. C., Tan, C. S., Lee, K. E., Tu, T. M., Singh, R.,... Luo, N. (2018). Can acute clinical outcomes predict health-related quality of life after stroke: a one-year prospective study of stroke survivors. *Health and quality of life outcomes*, *16*(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1043-3>
- Zhu, W. & Jiang, Y. (2019). Determinants of quality of life in patients with hemorrhagic stroke. *Medicine (Baltimore)*, *98*(5), 1-7. <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000013928>





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนครพนม

ภาคผนวก ก เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย



ที่ อว.0603.12 / 1257

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร
ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง
จ.พิษณุโลก 65000

6 กันยายน 2566

เรื่อง ขออนุญาตเคราะหืใช้เครื่องมือ

เรียน อธิการบดีสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ด้วย นางสาวปภาวดี ชีราวัฒน์ รหัสนสิต 62060385 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ได้ดำเนินการทำโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชนันต์ ทรงไทย เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะใช้เครื่องมือ ชื่อ “แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับภาษาไทย” โดยเครื่องมือดังกล่าวเป็นของอาจารย์ปราโมทย์ ถ่างกระโทก สังกัด สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ในการนี้ หน่วยบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จึงขออนุญาตเคราะหืใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว เพื่อนำมาประกอบในการทำวิทยานิพนธ์ของนสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะหื จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุยงค์ จันทรวิจิตร)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

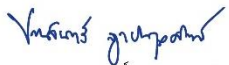
หน่วยบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ , โทรสาร: 055-96-6617

เบอร์โทรนสิต นางสาวปภาวดี ชีราวัฒน์ : 092-806-0909

เรียน อธิการบดี

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติการขอใช้เครื่องมือวิจัย
ของอาจารย์ปราโมทย์ ถ่างกระโทก ซึ่งเป็นลิขสิทธิ์ของ
สถาบัน



(ผศ.ดร.ปานจันทร ฐานกุลศักดิ์)

รองอธิการบดี

15 กันยายน 2566

อนุมัติ

เรียน -ผอ.ศูนย์วิจัยและนวัตกรรม

-หัวหน้าฝ่ายวิจัยฯ

-อ.ปราโมทย์ ถ่างกระโทก

เพื่อดำเนินการ



(ผศ.ดร.กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์)

อธิการบดี

18 กันยายน 2566

ที่ อว. บค.๑๑/ ๐๒๐๐๒



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรพรช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ อว.๐๖๐๓.๑๒/๑๒๕๙ ลงวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๖
เรื่อง ขออนุมัติครุภัณฑ์ใช้เครื่องมือ

ตามหนังสือที่อ้างถึง ดังรายละเอียดแจ้งแล้วนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณาแล้วยินยอมอนุญาตให้ นางสาวปภาวดี ชีราวัฒน์ ใช้เครื่องมือแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในวิทยานิพนธ์ของ พันตำรวจโทหญิงสุภัทรา ผิวขาว หากท่านประสงค์ จะปรับปรุงเครื่องมือวิจัยขอให้แจ้ง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อพิจารณา ทั้งนี้ขอความร่วมมือเขียนรายการอ้างอิงจากบทความวิจัย ดังนี้

สุภัทรา ผิวขาว, ชนกพร จิตปัญญา และ สุนิดา ปรีชาวงษ์. (๒๕๖๐). ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งแรก. วารสาร มดก.วิชาการ. ๒๑(๔๑), ๑๒๓-๑๓๖.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสิณี วิเศษกฤทธิ)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. ๐-๒๒๑๘-๑๑๒๙ E-mail: fonbox@chula.ac.th



สำนักงานบัณฑิตศึกษา
เลขรับ ๒๒/๐๖
วันที่ 18 ก.ย. ๖๖
เวลา 15.25 น.

ที่ อว.0603.12 / 1260

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร
ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง
จ.พิษณุโลก 65000

๖ กันยายน 2566

เรื่อง ขอบขอมอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือ

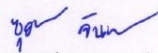
เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

ด้วย นางสาวปภาวดี ชีราวัฒน์ รหัสนิต 62060385 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ได้ดำเนินการทำโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิษกานต์ ทรงไทย เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะใช้เครื่องมือ ชื่อ “แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม” โดยเครื่องมือดังกล่าวเป็นของคุณยานี เวาะและ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

ในการนี้ หน่วยบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จึงขอความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว เพื่อนำมาประกอบในการทำวิทยานิพนธ์ของนิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวรงค์ จันทรวิจิตร)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
หน่วยบัณฑิตศึกษา
โทรศัพท์ , โทรสาร: 055-96-6617
เบอร์โทรนิต นางสาวปภาวดี ชีราวัฒน์ : 092-806-0909

ในนามของคณาจารย์ตามล.ช.

(ผศ.ดร.กนกวรรณ กาญจนธานี)
รักษาราชการแทนในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการสำนักงบัณฑิตศึกษา

๖19 ก.ย. 2566

ภาคผนวก ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

COA No. 368/2023
IRB No. P2-0422/2566

AF 12/6.0



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 หมายเลขโทรศัพท์ 055968721

หนังสือรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติกลับไป
ผู้วิจัยหลัก : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชนันต์ ทรงไทย
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์
ผู้ร่วมวิจัย : นางสาวปภาวดี ชีราวัฒน์
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์
วิธีทบทวน : แบบคณะกรรมการเต็มชุด
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานสรุปผลการวิจัยหากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
เอกสารรับรอง

1. IF01 Research Ethical Application (Non-Intervention Study) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 12 ธันวาคม 2566
2. IF02 Conflict of Interest and Funding Form เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 2 พฤศจิกายน 2566
3. IF03 ข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัคร อายุ 20 ปีขึ้นไป เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 1 ธันวาคม 2566
4. IF04 หนังสือแสดงความยินยอมสำหรับอาสาสมัคร อายุ 20 ปีขึ้นไป เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 1 ธันวาคม 2566
5. IF05 CV Investigator and Co- Investigators เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 2 พฤศจิกายน 2566
6. IF06 Budget เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 2 พฤศจิกายน 2566
7. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 1 ธันวาคม 2566
8. แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 1 ธันวาคม 2566
9. แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 1 ธันวาคม 2566
10. แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 1 ธันวาคม 2566
11. แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 1 ธันวาคม 2566
12. แบบคัดกรองอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมวิจัย เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 1 ธันวาคม 2566
13. Full Protocol เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 12 ธันวาคม 2566
14. โปสเตอร์ เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 12 ธันวาคม 2566

ลงนาม



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนาวลัย ดาดี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 13 ธันวาคม 2566

วันหมดอายุ : 13 ธันวาคม 2567

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก ค เอกสารขออนุญาตเก็บข้อมูล.



บันทึกข้อความ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
เลขที่รับ 5493 เวลา 16-00 น.
วันที่ 27 ธ.ค. 2566

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย งานวิชาการ โทร. ๘๘๒๗

ที่ อว ๐๖๐๓.๐๒/๓๕๖๑

วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๖

งานวิจัย

เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
เลขที่รับ 1665 เวลา 11.00 น.
วันที่ 21 ธ.ค. 2566

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ด้วย นางสาวปภาวดี ชีราวัฒน์ รหัสประจำตัว ๖๒๐๖๐๓๘๕ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคกักตักไป” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชนันท์ ทรงไทย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องขอเก็บข้อมูลจากหน่วยงานของท่าน ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประกอบการวิจัยซึ่งจะเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป ทั้งนี้ นิสิตจะดำเนินการประสานงานด้วยตนเองอีกครั้งหนึ่ง บัณฑิตวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

- () เพื่อโปรดทราบ
- (✓) เพื่อโปรดพิจารณา
- () เพื่อโปรดลงนาม
- ()

ชีราวัฒน์ 3 ม.ค. 67

นางสาวปภาวดี ชีราวัฒน์ บัณฑิตวิทยาลัย
10๔๘ น.ส. 333 กัญญา นวพรทิพย์ บัณฑิตวิทยาลัย

3 ม.ค. 67

เจ้าหน้าที่ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์หญิง อรรณภากร

3 ม.ค. 67

5 ม.ค. 67

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์หญิง อรรณภากร)
รองคณบดีฝ่ายคุณภาพและวิจัย

ดร.อนามัย นาอุดม

(รองศาสตราจารย์ ดร.อนามัย นาอุดม)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

อรรณภากร

อรรณภากร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง พิริยา นฤจักรพิชัย)
คณบดีคณะแพทยศาสตร์

- 9 ม.ค. 2567

ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป แบ่งเป็น 5 ชุด 68 ข้อ ดังนี้

ชุดที่ 1	แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 12	ข้อ
ชุดที่ 2	แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า	จำนวน 9	ข้อ
ชุดที่ 3	แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	จำนวน 9	ข้อ
ชุดที่ 4	แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 26	ข้อ
ชุดที่ 5	แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน 12	ข้อ

ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

นางสาวปภาวดี ชีราวัฒน์

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ลำดับที่.....

วัน/เดือน/ปี.....

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (จากการสัมภาษณ์)

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ เป็นการสอบถามข้อมูลทั่วไปของท่าน ขอให้ท่านฟังคำถามและพิจารณาตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษา	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษาแต่อ่านออกเขียนได้
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ปริญญาโทหรือสูงกว่า
<input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา	
4. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> สมรส
<input type="checkbox"/> หย่า-แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> หม้าย
5. อาชีพปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> ข้าราชการบำนาญ
<input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป	<input type="checkbox"/> เกษตรกร
<input type="checkbox"/> ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 3,000	<input type="checkbox"/> 3,000-6000
<input type="checkbox"/> 6,001-9,000	<input type="checkbox"/> 9,001-12,000
<input type="checkbox"/> มากกว่า 12,000	
7. โรคประจำตัว

<input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ
<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ไชมันในเลือดสูง
<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....

8. ประวัติการได้รับเชื้อ COVID-19 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

() เคยได้รับเชื้อ

() ไม่เคยได้รับเชื้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย

ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยนี้เป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้จากพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหลอดเลือดสมอง

1. ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

() โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke)

() โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke)

2. ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง () 0-3 เดือน () 3-6 เดือน

3. คะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (mRS) ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

4. คะแนน Barthel Activity of Daily Living Index ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ลำดับที่.....

วัน/เดือน/ปี.....

แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการสัมภาษณ์อาการที่เกิดขึ้นกับท่านในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมาว่า " ท่านมีอาการดังต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน " (ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน)

ข้อคำถาม	ไม่เลย	มีบางวัน ไม่บ่อย	มี ค่อนข้าง บ่อย	มีเกือบ ทุกวัน
	0	1	2	3
1. เบื่อ ทำอะไร ๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน				
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้				
3. หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป				
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง				
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป				
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง - คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือ เป็นคนที่ทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8. พุดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือ กระสับกระส่ายจนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย				
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตาย ๆ ไปเสียคง จะดี				
รวมคะแนน				

ลำดับที่.....

วัน/เดือน/ปี.....

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของท่านในเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความคำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
	4	3	2	1
1. ท่านทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามความสามารถของตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว				
2. ท่านรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ในระดับที่แตกต่างกัน				
3.				
4. ท่านมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง				
5. ท่านมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเอง				
6.				
7. ท่านสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เข้ามาได้				
8. ท่านสามารถหาวิธีแก้ไขปัญหาได้หลายวิธี				
9. ท่านมีวิธีดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น แผลกดทับ ติดเชื้อ เป็นต้น				

ลำดับที่.....

วัน/เดือน/ปี.....

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ท่านในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามความคิดเห็นที่ท่านตอบ

ลำดับ ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	ไม่ เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย น้อย ที่สุด
		5	4	3	2	1
การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์						
1.	ท่านได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่จาก ครอบครัวของท่าน					
2	คนในครอบครัวท่านไม่เคยแสดงว่ารังเกียจเมื่อ รู้ว่าท่านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง					
3	เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยท่านมักปรึกษา คนในครอบครัวเสมอ					
11					
การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร						
12	ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จาก แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
13	ท่านทราบขั้นตอนเกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือด สมอง จากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข					
14	ครอบครัว ญาติ สนใจเอาใจใส่หาข้อมูล					

ลำดับ ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	ไม่ เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย น้อย ที่สุด
		5	4	3	2	1
	ข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมาบอก ท่าน					
21					
การสนับสนุนด้านเครื่องมือ						
22	ท่านได้รับใบนัดเมื่อออกจากโรงพยาบาล					
23	ท่านได้รับเอกสารแผ่นพับจากเจ้าหน้าที่ในการ ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ					
26					

ลำดับที่.....

วัน/เดือน/ปี.....

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวท่านเอง ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ท่าน และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือของข้อความ โดยข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดขณะนี้โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

1 = ไม่เลย 2 = น้อย 3 = ปานกลาง 4 = มาก 5 = มากที่สุด

ข้อความ	1	2	3	4	5
ด้านร่างกาย (Physical)					
1. คุณต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำหรือไม่					
2. คุณรู้สึกต้องหยุดและพักมากกว่าปกติเมื่อคุณต้องเดิน					
3. คุณมีปัญหาเกี่ยวกับการติดกระดุมเสื้อหรือไม่					
6.					
ด้านจิตสังคม (Psychosocial)					
7. คุณมีปัญหาในการจดจำสิ่งต่าง ๆ หรือไม่					
8. คุณรู้สึกว่า您是ภาระของครอบครัวหรือไม่					
12.					

ลำดับที่.....

วัน/เดือน/ปี.....

แบบคัดกรองอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมวิจัย

“ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป”

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป		
2	แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เกิน 6 เดือน โดยได้รับการตรวจยืนยันด้วย CT Scan หรือ MRI		
3	รู้สึกตัวดี หรือมีคะแนนกลาสโกว์โคมาสกออร์ (GCS) 15 คะแนน		
4	สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย		
5	ไม่มีปัญหาการได้ยิน		
6	การรับรู้เป็นปกติ หรือ สามารถระบุวัน เวลา สถานที่ปัจจุบันได้ ถูกต้อง		
7	ไม่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack) หรือ TIA		
8	ไม่มีอาการกำเริบของโรค และหรืออาการไม่คงที่ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อายากาเจียน เหนื่อย หรือหายใจเร็วผิดปกติ		
9	ไม่มีภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ		
10	ไม่มีภาวะสมองเสื่อม		
11	ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ		

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้คัดกรอง

ภาคผนวก จ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

1. ตัวแปรทำนายที่ใช้ในการวิเคราะห์ต้องมีมาตรวัดระดับช่วง (interval scale) หรือสูงกว่า กรณีที่มีมาตรวัดต่ำกว่าได้ทำการแปลงเป็นตัวแปรหุ่น ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการแปลงตัวแปรทำนายทั้งหมดเป็นตัวแปรหุ่นตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ และ ตัวแปรตาม สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ เป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม แบ่งเป็น 2 ค่า คือ 0 กับ 1 โดย 0 แทนค่าคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และ 1 แทนค่าคุณภาพชีวิตที่ดี ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 แสดงการจำแนกตัวแปรทำนายและตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม

ตัวแปร	คำอธิบายการแปลงเป็นตัวแปรหุ่น
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง	
- Ischemic stroke	ดี = 1
- Hemorrhagic stroke	ไม่ดี = 0
ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	
- mRS < 3	ดี = 1
- mRS ≥ 3	ไม่ดี = 0
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	
- คะแนน > 95-100	ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด = 1
- คะแนน 0 – 95	ต้องการความช่วยเหลือ = 0
ภาวะซึมเศร้า	
- คะแนน ≤ 4	ไม่มีภาวะซึมเศร้า = 1
- คะแนน > 4	มีภาวะซึมเศร้า = 0
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	
- คะแนนเฉลี่ย > 3.00	สูง = 1
- คะแนนเฉลี่ย ≤ 3.00	ต่ำ = 0
การสนับสนุนทางสังคม	
- คะแนนเฉลี่ย > 3.50	มาก = 1
- คะแนนเฉลี่ย < 3.50	น้อย = 0

ตัวแปร	คำอธิบายการแปลงเป็นตัวแปรหุ่น
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	
- มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	ดี = 1
- น้อยกว่าร้อยละ 75	ไม่ดี = 0

2. ตัวแปรทำนายไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) โดยพิจารณาจากตารางการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย การศึกษาครั้งนี้พบว่าตัวแปรทำนาย ได้แก่ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กันสูงกว่า 0.80 ($r_s = 0.88, p < .001$) ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของ Stevens (1996 อ้างถึงใน ยุทธ ไกยวรรณ, 2555) คือค่า r ไม่เกิน 0.80 ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงคงไว้เพียงตัวแปรความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีค่าความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสูงกว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r_s = 0.67$ และ 0.58 ตามลำดับ) ดังนั้นคงเหลือตัวแปรทำนายที่ศึกษา 5 ตัวแปร ได้แก่ 1) ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง 2) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) ภาวะซึมเศร้า 4) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 5) การสนับสนุนทางสังคม ที่ได้นำไปวิเคราะห์สมการถดถอยแบบไปข้างหน้า (Forward LR) ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 แสดงการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

Spearman's rho	คุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิต	ชนิดของโรค	ความรุนแรงของโรค			การสนับสนุนทาง การรับรู้สมรรถนะ			ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	
				ความรุนแรงของโรค	สิ่งดี	การสนับสนุนทาง	การรับรู้สมรรถนะ	ภาวะซึมเศร้า	กิจวัตรประจำวัน		
Correlation Coefficient	1.000	.525**	.525**	.674**	-.003	.543**	.231*	.587**			
Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000	.972	.000	.011	.000			
N	120	120	120	120	120	120	120	120		120	
Correlation Coefficient	.525**	1.000	.546**	.091	.360**	.466**					
Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.322	.000	.000	.322	.000			
N	120	120	120	120	120	120	120	120		120	
Correlation Coefficient	.674**	.546**	1.000	.015	.595**	.232*	.888**				
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.875	.000	.011	.000				
N	120	120	120	120	120	120	120			120	
Correlation Coefficient	-.003	.091	.015	1.000	.046	.090	-.015				
Sig. (2-tailed)	.972	.322	.875	.	.621	.330	.872				
N	120	120	120	120	120	120	120			120	
Correlation Coefficient	.543**	.360**	.046	.046	1.000	.196*	.713**				
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.621	.621	.	.032	.000				
N	120	120	120	120	120	120	120			120	
Correlation Coefficient	.231*	.091	.090	.090	.196*	1.000	.199*				
Sig. (2-tailed)	.011	.322	.330	.330	.032	.	.029				
N	120	120	120	120	120	120	120			120	
Correlation Coefficient	.587**	.466**	.713**	.888**	.713**	.199*	1.000				
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.029	.				
N	120	120	120	120	120	120	120			120	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ภาคผนวก ฉ การวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย

ตาราง 7 แสดง Model summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	86.047 ^a	.388	.553
2	81.132 ^a	.412	.588
3	76.661 ^a	.434	.619

หมายเหตุ: a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001.

จากตาราง 7 เป็นผลมาจากการนำตัวแปรเข้าสมการด้วยวิธี Forward Stepwise โดยมีค่า Cox & Snell R Square ที่ใช้อธิบายความผันแปรในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเท่ากับ ร้อยละ 43.4 ซึ่งหมายความว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัวสามารถทำนายโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ร้อยละ 43.4 และ Nagelkerke R Square เท่ากับร้อยละ 61.9 หมายความว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัวสามารถทำนายโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ร้อยละ 61.9

ตาราง 8 แสดง Classification Table Step 0

Observed	Predicted		
	คุณภาพชีวิต		Percentage Correct
	ไม่ดี	ดี	
Step 0 คุณภาพไม่ดี	0	35	.0
ชีวิตดี	0	85	100.0
Overall Percentage			70.8

จากตาราง 8 เป็นรายละเอียด block 0 หรือขั้นเริ่มต้น ยังไม่มีการนำตัวแปรอิสระหรือตัวแปรทำนายเข้าสมการ เพื่อทำการทดสอบความเชื่อถือได้ โดยมีเฉพาะค่าคงที่เท่านั้นที่นำเข้าสมการ ซึ่งพบว่ามีความสามารถในการทำนายถูกต้องร้อยละ 70.8

ตาราง 9 แสดง Classification Table

	Observed	Predicted			
		คุณภาพชีวิต		Percentage	
		ไม่ดี	ดี	Correct	
Step 1	คุณภาพชีวิต	ไม่ดี	32	3	91.4
		ดี	16	69	81.2
	Overall Percentage				84.2
Step 2	คุณภาพชีวิต	ไม่ดี	26	9	74.3
		ดี	7	78	91.8
	Overall Percentage				86.7
Step 3	คุณภาพชีวิต	ไม่ดี	30	5	85.7
		ดี	10	75	88.2
	Overall Percentage				87.5

หมายเหตุ: a. The cut value is .500

จากตาราง 9 เป็นตารางแยกกลุ่มเพื่อใช้เป็นตารางตรวจสอบว่าสมการมีความเหมาะสมหรือไม่ โดยเปรียบเทียบค่าทำนายกับค่าจริง โดยใช้จุดตัดเท่ากับ .50 พบว่าใน Step 3 มีค่าร้อยละการทำนายได้ถูกต้องเท่ากับร้อยละ 87.50 ซึ่งเป็นค่าที่สูงกว่าใน Step 0 เท่ากับร้อยละ 70.80 (ตาราง 9) แสดงว่าเมื่อนำตัวแปรอิสระเข้าสมการร่วมกับค่าคงที่ด้วยวิธี Forward LR สมการสามารถทำนายโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นเท่ากับร้อยละ 87.50

ตาราง 10 แสดงคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายข้อและรายด้าน (เนื่องจากเป็นข้อคำถาม
เชิงลบจึงนำมาคำนวณโดยกลับค่าคะแนน)

คุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิต ดี		คุณภาพชีวิต ไม่ดี	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
ด้านร่างกาย (Physical)				
1. คุณต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำหรือไม่	4.75	0.49	2.69	0.72
2. คุณรู้สึกต้องหยุดและพักมากกว่าปกติเมื่อคุณต้องเดิน	4.55	0.68	2.60	1.01
3. คุณมีปัญหาเกี่ยวกับการติดกระดุมเสื้อหรือไม่	4.74	0.47	2.91	0.70
4. คุณต้องพูดซ้ำ ๆ เพื่อให้คนอื่นเข้าใจในสิ่งที่คุณต้องการสื่อสาร	4.71	0.51	3.74	1.15
5. คุณมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นหรือไม่	4.68	0.54	4.17	0.95
6. คุณมีปัญหาในการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือไม่	4.74	0.47	2.63	0.84
รวมคะแนนด้านร่างกาย	4.70	0.53	3.12	0.19
ด้านจิตสังคม (Psychosocial)				
7. คุณมีปัญหาในการจดจำสิ่งต่าง ๆ หรือไม่	4.00	0	3.71	1.15
8. คุณรู้สึกว่าคุณเป็นภาระของครอบครัวหรือไม่	4.80	0.43	2.57	0.74
9. สภาพร่างกายของคุณรบกวนการใช้ชีวิตประจำวันและการเข้าสังคมหรือไม่	4.75	0.46	2.49	0.74
10. บุคลิกภาพของคุณเปลี่ยนไปหรือไม่	4.68	0.49	2.46	0.74
11. คุณรู้สึกท้อแท้เกี่ยวกับอนาคตของตัวเองหรือไม่	4.82	0.38	2.86	0.81
12. คุณรู้สึกเหนื่อยกับสิ่งที่คุณอยากทำหรือไม่	4.85	0.36	3.23	1.14
รวมคะแนนด้านจิตสังคม	4.74	0.48	2.89	1.05
คุณภาพชีวิตโดยรวม	4.72	0.51	3.00	0.18

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตดี มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมมากกว่าด้านร่างกาย (\bar{X} = 4.74, S.D. = 0.48 และ \bar{X} = 4.70, S.D. = 0.53 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตสังคม (\bar{X} = 31.20, S.D. = 0.19 และ \bar{X} = 2.89, S.D. = 0.15 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตดี มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย มากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (\bar{X} = 4.70, S.D. = 0.53 และ \bar{X} = 3.12, S.D. = 0.19 ตามลำดับ) หากจำแนกรายข้อ พบว่า ในด้านร่างกาย กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตดี มีคะแนนเฉลี่ยในข้อคำถามที่ 1. “คุณต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำหรือไม่” มากที่สุดคือ (\bar{X} = 4.75, S.D. = 0.49) แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตดี ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำน้อยที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตดี มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี (\bar{X} = 4.74, S.D. = 0.48 และ \bar{X} = 2.89, S.D. = 0.15 ตามลำดับ) หากจำแนกรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตดี มีคะแนนเฉลี่ยในข้อคำถามที่ 12. “คุณรู้สึกเหนื่อยกับสิ่งที่คุณอยากทำหรือไม่” มากที่สุดคือ (\bar{X} = 4.85, S.D. = 0.36) แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตดีรู้สึกเหนื่อยกับสิ่งที่อยากทำ น้อยที่สุด

ตาราง 11 แสดงคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง

คำถาม	\bar{X}	S.D.
1. ท่านทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามความสามารถของตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว	3.44	0.76
2. ท่านรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ในระดับที่แตกต่างกัน	3.53	0.58
3. กิจกรรมบางอย่างที่ยากเกินความสามารถท่านยอมรับว่าท่านทำไม่ได้	3.65	0.63
4. ท่านมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง	3.23	0.79
5. ท่านมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเอง	3.16	0.81
6. ท่านมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวตามการรักษาของแพทย์	3.31	0.73
7. ท่านสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เข้ามาได้	3.33	0.66
8. ท่านสามารถหาวิธีแก้ไขปัญหาได้หลายวิธี	3.34	0.65
9. ท่านมีวิธีดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น แผลกดทับ ติดเชื้อ เป็นต้น	3.28	0.71
รวม	3.36	0.72

จากตาราง 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาก หากจำแนกรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยในข้อคำถามที่ 3. “กิจกรรมบางอย่างที่ยากเกินความสามารถท่าน ยอมรับว่าท่านทำไม่ได้” มากที่สุดคือ (\bar{X} = 3.65, S.D. = 0.63) รองลงมาคือ ข้อคำถามที่ 2. “ท่าน รับรู้ว่าตัวท่านเองมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ในระดับที่แตกต่างกัน” (\bar{X} = 3.53, S.D. = 0.58) และน้อยที่สุดคือ ข้อคำถามที่ 5. “ท่านมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของ ตนเอง” (\bar{X} = 3.16, S.D. = 0.81)

ตาราง 12 แสดงคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง

คำถาม	\bar{X}	S.D.
การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์	4.47	0.66
1. ท่านได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวของท่าน	4.53	0.56
2. คนในครอบครัวท่านไม่เคยแสดงว่ารังเกียจเมื่อรู้ว่าท่านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	4.59	0.52
3. เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยท่านมักปรึกษาคนในครอบครัวเสมอ	4.33	0.82
4. ตั้งแต่ท่านเริ่มป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองท่านได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวมากกว่าเดิม	4.53	0.63
5. คนในครอบครัวให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์ต่อท่าน	4.37	0.76
6. คนในครอบครัวคอยเตือนเมื่อท่านไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	4.35	0.70
7. ครอบครัวญาติ คนใกล้ชิดสนใจฟังท่านเมื่อท่านต้องการปรับทุกข์หรือระบายความไม่สบายใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	4.36	0.68
8. คนในครอบครัวคอยเตือนเมื่อท่านไม่ไปตรวจตามนัด	4.48	0.63
9. เมื่อท่านเจ็บป่วยคนในครอบครัวของท่านช่วยทำงานแทน	4.52	0.63
10. เมื่อท่านเจ็บป่วยและต้องการพบแพทย์คนในครอบครัวยินดีพาท่านไปรับการตรวจรักษา	4.61	0.57
11. ครอบครัวคอยดูแลในกิจวัตรประจำวันแล้วทำให้ท่านสุขสบาย	4.52	0.65
การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	3.85	1.04
12. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จาก แพทย์ พยาบาล	4.59	0.49

คำถาม	\bar{x}	S.D.
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
13. ท่านทราบขั้นตอนเกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง จากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	4.34	0.71
14. ครอบครัวญาติ สนใจเอาใจใส่หาข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือด สมองมาบอกท่าน	4.27	0.73
15. เมื่อท่านมีปัญหาหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือด สมอง แพทย์พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีความรู้หรือมี ประสบการณ์ในเรื่องนี้ได้อธิบายให้ท่านเข้าใจได้ทุกครั้ง	4.22	0.73
16. อสม. ในหมู่บ้านของท่านจะนำเอาข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือด สมองมาแนะนำท่านเสมอ	3.16	1.01
17. เพื่อนบ้านที่ได้ทราบข้อมูลเรื่องโรคหลอดเลือดสมองมักนำมาถ่ายทอด ให้ท่าน	3.06	1.01
18. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคนที่เป็นก่อนท่าน มักจะแนะนำการปฏิบัติ ตัวให้ท่าน	3.11	1.05
19. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องหลอดเลือดสมองจากหอกระจายข่าวของ ชุมชน	3.01	1.07
20. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคหลอดเลือดสมอง จากเภสัชกร แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่	4.36	0.59
21. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด	4.43	0.53
การสนับสนุนด้านเครื่องมือ	4.37	0.74
22. ท่านได้รับใบนัดเมื่อออกจากโรงพยาบาล	4.63	0.50
23. ท่านได้รับเอกสารแผ่นพับจากเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ	4.45	0.67
24. ท่านได้รับเอกสารแผ่นพับเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	4.31	0.76
25. เมื่อท่านมาพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมักจะแนะนำให้ท่านดู บอร์ดให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเสมอ	4.26	0.80
26. พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้ภาพพลิกหรือวิดีโอเรื่องโรค หลอดเลือดสมองในการให้คำแนะนำแก่ท่าน	4.20	0.82
รวม	4.21	0.89

จากตาราง 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก (\bar{X} = 4.21, S.D. = 0.89) หากพิจารณารายด้านพบว่า ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์มากที่สุด (\bar{X} = 4.47, S.D. = 0.66) และได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารน้อยที่สุด (\bar{X} = 3.85, S.D. = 1.04) โดยเฉพาะในข้อคำถามที่ 19. “ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องหลอดเลือดสมองจากหอกระจายข่าวของชุมชน” และข้อคำถามที่ 17. “เพื่อนบ้านที่ได้ทราบข้อมูลเรื่องโรคหลอดเลือดสมองมักนำมาถ่ายทอดให้ท่าน” (\bar{X} = 3.01, S.D. = 1.07 และ \bar{X} = 3.06, S.D. = 1.01 ตามลำดับ)

ตาราง 13 แสดงคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อคำถาม	\bar{X}	S.D.
1. เบื่อ ทำอะไร ๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน	0.38	0.66
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้	0.38	0.50
3. หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	0.34	0.51
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง	0.35	0.53
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	0.03	0.16
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง - คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนที่ทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0.09	0.29
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0.10	0.30
8. พุดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือกระสับกระส่ายจนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย	0.09	0.29
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตาย ๆ ไปเสียคงจะดี	0.00	0.00
รวม	0.20	0.44

จากตาราง 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า (\bar{X} = 0.20, S.D. = 0.44) หากพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการ “เบื่อ ทำอะไร ๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน” ซึมเศร้า (\bar{X} = 0.38, S.D. = 0.66) และ “ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้” มากที่สุด (\bar{X} = 0.38, S.D. = 0.50)