

## บทความวิจัยต้นฉบับ :

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา  
Factors Related to Self care ability and Health-related Quality of life in Stroke patients  
Chaloemphrakiat Hospital Chaloemphrakiat District, Nakhon Ratchasima Province

พรทิพย์ ศรีสมบัติ

Pronthip Srisombut

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

Chaloemphrakiat Hospital, Nakhon Ratchasima Province.

เบอร์โทรศัพท์ 08-1718-1426; E-mail : Pronthip.sr@gmail.com

วันที่รับ 17 ต.ค.2565; วันที่แก้ไข 7 พ.ย.2565; วันที่ตอบรับ 15 พ.ย.2565

## บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขของโลก มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตีบ แดก และตัน ที่ฟื้นฟูระยะวิกฤติ ส่งตัวกลับมาเข้ารับการรักษา โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ และมีการติดตามหลังจำหน่ายกลับบ้าน 3 เดือน จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเจาะจงทั้งหมด ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.82 และค่าความเชื่อมั่น

สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคเท่ากับ 0.87

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาพรวมส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง  $\geq 75$  คะแนน ร้อยละ 95.0 และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.0 ( $\bar{X}=4.04$ ,  $SD=0.596$ ) ปัจจัยความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการรักษาพยาบาลและอุปกรณ์เครื่องมืออยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพ รายได้ และผู้ดูแลหลัก สรุปได้ว่าการส่งเสริมผู้ดูแลให้ได้รับการฝึกอบรมดูแลผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการปฏิบัติดูแลอย่าง

ถูกต้องเหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ:** ความสามารถในการดูแลตนเอง; คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### Abstract

Stroke is a global public health problem that severely affects patients and their families, whether physically, psychologically, socially, or spiritually. This cross-sectional analytical research aimed to study self-care ability and health-related quality of life in the rehabilitation phase of stroke patients. The samples consisted of 20 patients using purposive sampling who were out of critical condition and diagnosed with brain infarction, hemorrhagic stroke, and ischemic stroke. Furthermore, they were sent back for treatments and follow-up at Chaloeprakhiat Hospital after 3 months of discharge from April to July 2022. The tool used for data collection was an interview on factors related to self-care ability and health-related quality of life in stroke patients. In addition, the content validity was checked by experts with a consistency value of 0.82, Cronbach's Alpha Coefficient value of 0.87, and data were analyzed by descriptive statistics and Chi-Square.

The results showed that in terms of the self-care ability of stroke patients, most of them were able to perform a daily routine on their own,  $\geq 75$  points, 95.0 percent, and health-related quality of life was at a high level of 60.0 percent ( $\bar{X} = 4.04$ ,  $SD = 0.596$ ). Moreover, additional factors

influencing stroke patients at a high level were family relationships and emotional social support. Social support for information, medical care, and medical equipment was at a moderate level. The factors that were significantly related to self-care ability and health-related quality of life for stroke patients were occupation, income and the training of primary caregivers. In conclusion caregivers should be trained to help stroke patients recover and prevent complications. Besides

**Keywords:** self-care ability; Health-related Quality of life; stroke patients

### บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) เป็นโรคทางระบบประสาทสำคัญที่เป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขของโลก มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก รายงานจากองค์การอนามัยโลก<sup>[1]</sup> พบว่าปี 2563 อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกกว่า 80 ล้านคน เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังมีผู้ป่วยใหม่ถึง 14.5 ล้านคนต่อปี โดยทุก ๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคนี้ 1 คน และมีความพิการที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มเป็น 51 ล้านคน สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ.2559 – 2562 มีอัตราป่วยทั่วประเทศ 451.39, 467.46, 506.20 และ 542.54 ต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2559 – 2562 มีอัตราการตายทั่วประเทศ 48.13, 47.81, 47.15 และ

52.97 ต่อประชากรแสนคน โดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน และสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 75<sup>[2]</sup>

สถานการณ์เขตบริการสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ปี พ.ศ.2559 – 2562 พบว่ามีอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 506.16, 551.33, 619.07 และ 681.53 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 43.47, 45.51, 48.22 และ 55.25 ต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน และเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์รายจังหวัดพบว่า จังหวัดนครราชสีมามีอัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าจังหวัดบุรีรัมย์ สุรินทร์ และชัยภูมิ โดยในปี พ.ศ. 2559 – 2562 จังหวัดนครราชสีมา มีอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 506.16, 551.33, 619.07 และ 681.53 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 53.46, 49.25, 50.18 และ 59.06 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ<sup>[3]</sup>

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งวิกฤตหรือระยะกลางที่ส่งกลับจากโรงพยาบาลศูนย์เพื่อดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ปี พ.ศ. 2562 – 2564 มีจำนวน 18, 21 และ 22 ราย จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งขณะอยู่โรงพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ฝึกสอน

ผู้ดูแล โดยจัดระบบบริการโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพที่ดีเหมาะสมกับความเจ็บป่วย และเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะมีการติดตามดูแลต่อเนื่องทุกเดือน ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีความก้าวหน้าทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตมากขึ้นและอัตราตายลดลง แต่ผู้รอดชีวิตมักจะมีคุณภาพการเหลืออยู่พบว่า ร้อยละ 13 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตทั้งหมด มีภาวะทุพพลภาพอยู่ในระดับรุนแรง และร้อยละ 16 อยู่ในระดับปานกลาง<sup>[3]</sup> และความพิการที่หลงเหลือจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง แขนขาเคลื่อนไหวไม่สัมพันธ์กันเดินเซ พูดไม่ได้พูดลำบาก กลืนลำบาก มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น สูญเสียการทำงานของระบบประสาทในด้านการรับรู้และความจำ ซึ่งผู้ป่วยที่มีความพิการรุนแรงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีความต้องการผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ผลจากการเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังนั้นจากประเด็นสำคัญที่พบ ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยให้เกิดความรู้และความเข้าใจนำไปสู่การส่งเสริมปัจจัยสำคัญในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และเป็นแนวทางวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น คงไว้ซึ่งสุขภาวะสุขภาพความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วย

และครอบครัวและเข้าสู่สังคมอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ นครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ นครราชสีมา

### สมมุติฐานการวิจัย

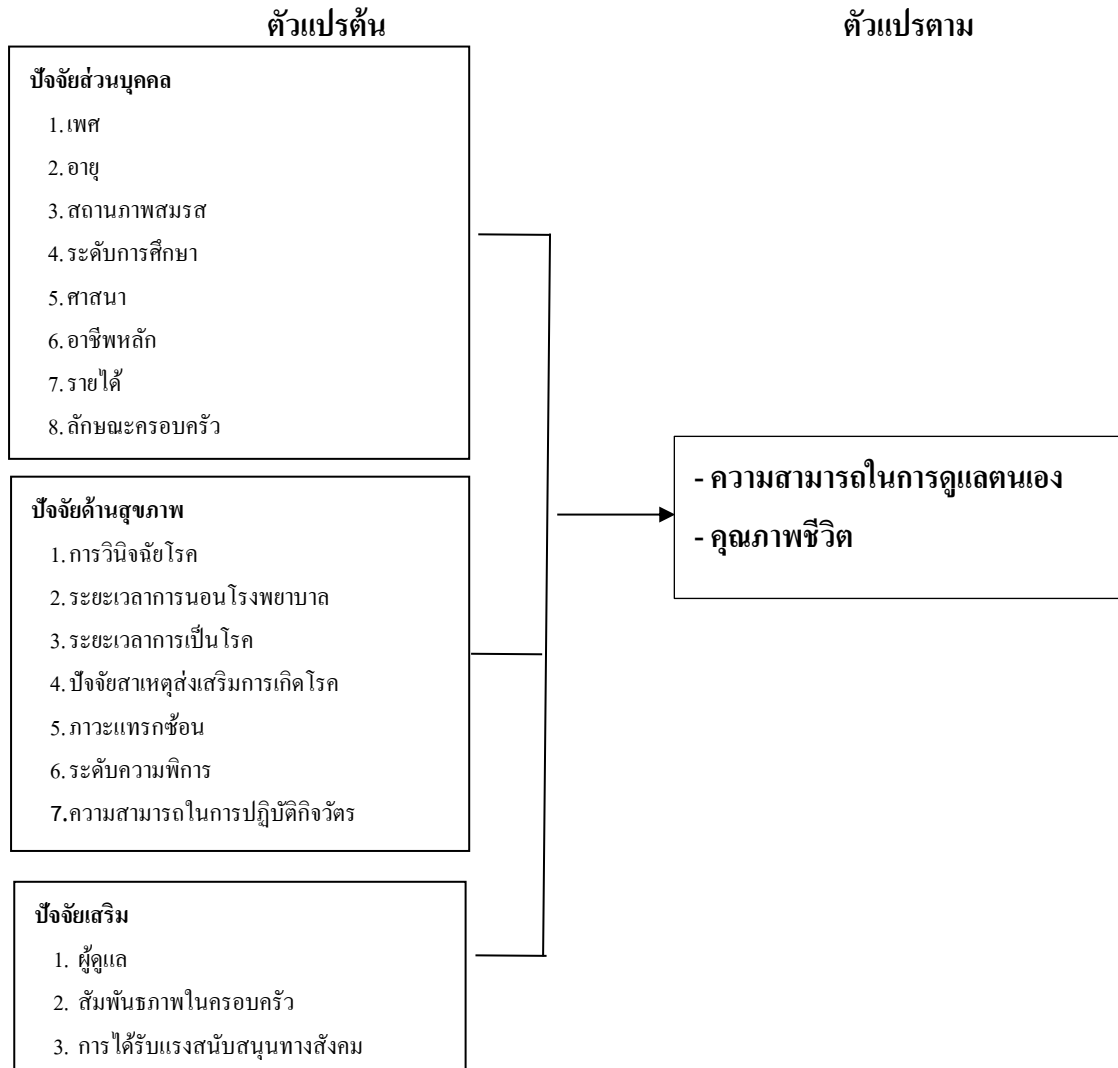
ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ นครราชสีมา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2565

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบตัดขวาง โดยประยุกต์ทฤษฎีทางการพยาบาล การดูแลตนเองของโอเร็มร่วมกับแนวคิดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสุรินทร์ นครราชสีมา ผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

1. รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional study)

**2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

2.1 ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 20 ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตีบ แดก และตันที่พ้นระยะวิกฤติ ส่งตัวกลับมาใช้บริการเพื่อฟื้นฟูสภาพ ในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ และมีการติดตามหลังจำหน่ายกลับบ้าน 3 เดือน จำนวน 30 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 20 ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตีบ แดก และตัน ที่พ้นระยะวิกฤติ ส่งตัวกลับมาใช้บริการเพื่อฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ และมีการติดตามหลังจำหน่ายกลับบ้าน 3 เดือน จำนวน 20 คน การคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า ตั้งแต่เดือนเมษายน 2565 ถึง เดือนกรกฎาคม 2565

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างประชากรขนาดเล็ก ด้วยตารางสำเร็จรูปของ

เครจซี่และมอร์แกน ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 20 คน

**เกณฑ์การคัดเข้า** เป็นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบแตก และต้น ที่พื้นระยะวิกฤติ ส่งตัวกลับมาจากโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อเข้ารับการรักษาฟื้นฟูในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อายุตั้งแต่ 20 ขึ้นไป สามารถสื่อสารโต้ตอบได้ ไม่เป็นผู้ป่วยจิตเภท ไม่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา

**เกณฑ์การคัดออก** ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรับรู้และมีความพิการตาบอดและหูหนวก และผู้ป่วยหลังการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อให้ข้อมูลในระดับหนึ่งแล้วผู้ป่วยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา โดยผู้วิจัยและทีมสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ตั้งแต่เดือนเมษายน 2565 ถึง เดือนกรกฎาคม 2565 แบบสัมภาษณ์แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิก และผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านสุขภาพ ประกอบด้วย คำถาม การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาการเป็นโรค ปัจจัย

เสี่ยงหรือสาเหตุส่งเสริมหรือโรคประจำตัวภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับความพิการ โดยใช้แบบประเมินระดับความพิการ Modified Rankin Scale: MRS ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์<sup>4)</sup> เป็นการประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 6 โดยคะแนนสูงแปลว่ามีความพิการมาก และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel Activity of Daily Living Index: ADL) ซึ่งผู้วิจัยนำเอาแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์<sup>4)</sup> มีข้อคำถามจำนวน 10 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเก้าอี้ไปยังเตียง การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การกลืนอาหาร และปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนคือ 0, 5, 10 และ 15 และผู้วิจัยแบ่งเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน (คะแนนเต็ม 0 – 100) ดังนี้ คะแนน 0 – 20 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย คะแนน 25 – 45 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย คะแนน 50 – 70 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง คะแนน 75 – 95 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก และ คะแนน 100 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริม แบ่งแบบสัมภาษณ์ 2 ตอน คือ

3.1 แบบสัมภาษณ์ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว ข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับบุคคลสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลหลักในด้านความสัมพันธ์ของ ผู้ดูแลกับผู้ป่วย ความช่วยเหลือ ความเห็นใจ กำลังใจ โดยแนวคำถามประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามของ รัชดาพร บุตรเริ่ม<sup>[5]</sup> จำนวน 12 ข้อ และมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยการให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ แบ่งการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัว ออกเป็น 5 ระดับ การแปลผลค่าคะแนนตามการรับรู้ของ Khan & Best ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวมากที่สุด 3.50 – 4.49 ระดับมาก 2.50 - 3.49 ระดับปานกลาง 1.50 – 2.49 ระดับน้อย และ 1.00 – 1.49 ระดับน้อยที่สุด

3.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม สัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านรักษาพยาบาลและอุปกรณ์เครื่องมือ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามของ ฮานี เวาะและ<sup>[6]</sup> โดยมีข้อคำถาม 11 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยที่สุด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน เห็นด้วยน้อย ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยมาก ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน ผู้วิจัยได้แบ่งการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัว ออกเป็น 5 ระดับ ใช้หลักเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด, 3.50 – 4.49 ระดับมาก 2.50 – 3.49 ระดับปานกลาง, 1.50 – 2.49 ระดับน้อย และ 1.00 – 1.49 ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Stroke Impact Scale ซึ่งประยุกต์จากแบบวัดคุณภาพชีวิต Stroke Impact Scale ของ ฮานี เวาะและ<sup>[6]</sup> ข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถาม 59 ข้อ โดยข้อคำถามครอบคลุม 8 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านความจำและการคิด ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านความสามารถในการสื่อสารกับคนอื่น ด้านการทํากิจวัตรประจำวัน ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหวทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน ด้านความสามารถในการใช้มือข้างที่เป็นอัมพาตหรือข้างที่อ่อนแรงและผลของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยทำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ออกเป็น 5 ระดับ ใช้หลักเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากที่สุด, 3.50 – 4.49 ระดับมาก, 2.50 – 3.49 ระดับปานกลาง, 1.50 – 2.49 ระดับน้อย และ 1.00 – 1.49 ระดับน้อยที่สุด

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ กำหนดแนวคำถามในการสัมภาษณ์ที่มีความตรงของเนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย และประยุกต์จากแบบวัดคุณภาพชีวิต Stroke Impact Scale ของ ฮานี เวาะและ<sup>[6]</sup> นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบ การใช้ภาษา และความตรงของเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์เฉพาะทางเวชปฏิบัติ

ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เฉพาะทางเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน นำผลวิเคราะห์ค่าความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.82

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลหนองบุญมาก อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 20 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคลอนบาค (Cronbach's alfa coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.87

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดประชุมเตรียมความพร้อมผู้ช่วยสัมภาษณ์ โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์
2. ดำเนินการติดต่อประสานงานนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชุมชน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวและบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ใช้เวลาการตอบแบบสัมภาษณ์ ประมาณ 15 – 30 นาที ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยขั้นตอนในการตอบแบบสัมภาษณ์ในแต่ละส่วนให้แก่กลุ่มตัวอย่างรับทราบ
3. การเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ตั้งแต่เดือนเมษายน 2565 ถึง เดือนกรกฎาคม 2565 โดยผู้วิจัยและทีมสัมภาษณ์
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่เก็บรวบรวมร่วมกับผู้วิจัยร่วม หากพบว่ามีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมในวันต่อไปจนครบถ้วน

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าสูงสุด-ต่ำสุด (max-min)
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์ (Chi-square)

#### ผลการวิจัย

##### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล

##### 1.1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เพศชาย 11 คน ร้อยละ 55 และเพศหญิง 9 คน ร้อยละ 45 ส่วนใหญ่อายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 45 รองลงมา อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 30 โดยอายุเฉลี่ย 64.10 ปี อายุมากที่สุด 77 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 65 รองลงมา หม้าย/หย่าร้าง ร้อยละ 25 การศึกษาส่วนใหญ่ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75 รองลงมา อนุปริญญา/ปริญญาตรี ร้อยละ 20 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30 รองลงมาค้าขาย ร้อยละ 25 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ช่วง 1,000-3,000 บาท ร้อยละ 45 แหล่งที่มารายได้อื่น ๆ ส่วนใหญ่จากตนเอง ร้อยละ 60 ความพอเพียงของรายได้ ส่วนใหญ่เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 65 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 55 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ มี 1 – 3 คน และ 4 – 6 คน ร้อยละ 40



## 1.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 55.0 รองลงมาบุตร ร้อยละ 30.0 ผู้ดูแลรองส่วนใหญ่ไม่มี ร้อยละ 60.0 รองลงมา มีผู้ดูแลรอง ร้อยละ 40.0 การได้รับการสอนในการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ ได้รับการสอนจากโรงพยาบาล ร้อยละ 70.0 และ ไม่ได้รับการสอน ร้อยละ 30.0 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน ส่วนใหญ่ดูแลได้ตลอดเวลา ร้อยละ 85.0 รองลงมา อยู่ด้วยบางเวลา ร้อยละ 15.0 ซึ่ง ผู้ดูแลต้องประกอบอาชีพในช่วงเวลากลางวันและดูแลผู้ป่วยในเวลากลางคืน

## 2. ปัจจัยด้านสุขภาพ

2.1 ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่หลอดเลือดสมองอุดตัน ร้อยละ 55.0 ระยะเวลารักษานอนโรงพยาบาล ส่วนใหญ่นอนรักษา 4 วัน ร้อยละ 50.0 ระยะเวลาการเป็นโรค ส่วนใหญ่ 6 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 45.0 ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อโรค ร้อยละ 80.0 และมีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.0 รองลงมา โรคเบาหวาน ร้อยละ 35.0 และส่วนใหญ่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 100 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ (n=20)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>การวินิจฉัยโรค</b>		
หลอดเลือดสมองแตก	2	10.0
หลอดเลือดสมองตีบ	7	35.0
หลอดเลือดสมองอุดตัน	11	55.0
<b>ระยะเวลาอนโรงพยาบาล</b>		
0-3 วัน	2	10.0
4-5 วัน	14	70.0
6 วันขึ้นไป	4	20.0
<b>ระยะเวลาการเป็นโรค</b>		
3 เดือน	3	15.0
4 เดือน	3	15.0
5 เดือน	5	25.0
6 เดือน ขึ้นไป	9	45.0

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ (n=20) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ปัจจัยเสี่ยงหรือโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
ไม่มี	4	20.0
มี	16	80.0
โรคความดันโลหิตสูง	12	60.0
โรคเบาหวาน	7	35.0
โรคไต	1	5.0
โรคหัวใจ	2	10.0
สูบบุหรี่	4	20.0
ดื่มสุรา	6	30.0
<b>ภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรค</b>		
ไม่มี	20	100.0
มี	0	0

2.2 ข้อมูลระดับความพิการและความสามารถในการดูแลตนเอง

ระดับความพิการ โดยใช้แบบประเมินระดับความพิการ Modified Rankin Scale: MRS ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์<sup>41</sup> พบว่าระดับความพิการส่วนใหญ่ มีความพิการเพียงเล็กน้อยไม่สามารถทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งหมดเท่ากับก่อนป่วย ร้อยละ 45.0 รองลงมา มีความ

พิการปานกลาง ต้องการความช่วยเหลือบ้าง ร้อยละ 30.0 และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ ADL 100 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทั้งหมด ร้อยละ 50.0 รองลงมา 75 – 95 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก ร้อยละ 45.0 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละระดับความพิการและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ (n=20)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระดับความพิการ (MRS)</b>		
0 คะแนน ไม่มีความผิดปกติเลย	1	5.0
1 คะแนน ไม่มีความผิดปกติที่รุนแรง	3	35.0
2 คะแนน มีความพิการเพียงเล็กน้อย	9	45.0
3 คะแนน มีความพิการปานกลาง	6	30.0
4 คะแนน มีความพิการรุนแรง	0	0
5 คะแนน มีความพิการรุนแรง นอนติดเตียงมีผู้ดูแล	1	5.0
<b>ความสามารถในการดูแลตนเอง (ADL)</b>		
0-20 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย	0	0
25-45 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย	1	5.0
50-70 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง	0	0
75-95 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก	9	45.0
100 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด	10	50.0

### 3. ปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริมที่มีต่อความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ อยู่ในระดับมาก ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการรักษาพยาบาลและอุปกรณ์เครื่องมือ อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามปัจจัยเสริม (n=20)

ปัจจัยเสริม	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว</b>		
ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49)	0	0
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49)	0	0
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49)	1	5.0
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49)	18	90.0
ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00)	1	5.0
( $\bar{X}$ = 4.03, S.D. = 0.322)		
<b>รวม</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามปัจจัยเสริม (n=20) (ต่อ)

ปัจจัยเสริม	จำนวน	ร้อยละ
<b>แรงสนับสนุนด้านอารมณ์</b>	<b>จำนวน</b>	<b>ร้อยละ</b>
ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49)	0	0
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49)	0	0
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49)	0	0.0
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49)	12	60.0
ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00)	8	40.0
( $\bar{X}$ =4.36, S.D.=0.361)		
<b>รวม</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>
<b>แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร</b>		
ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49)	0	0
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49)	2	10.0
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49)	12	60.0
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49)	5	25.0
ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00)	1	5.0
( $\bar{X}$ =3.20, S.D.=0.559)		
<b>รวม</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>
<b>แรงสนับสนุนด้านการรักษาพยาบาลและอุปกรณ์</b>		
<b>เครื่องมือ</b>		
ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49)	0	0
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49)	0	10.0
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49)	12	60.0
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49)	7	35.0
ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00)	1	5.0
( $\bar{X}$ =3.44, S.D.=0.492)		
<b>รวม</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>

#### 4. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

##### 4.1 ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน ภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  =4.04, S.D.=0.596) ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการสื่อสาร

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และด้าน อ่อนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ใน  
 ความสามารถในการใช้มือข้างที่เป็นอัมพาตหรือ ระดับมากที่สุด ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายด้าน (n=20)

คุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านร่างกาย</b>		
ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49)	1	5.0
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49)	1	5.0
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49)	5	25.0
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49)	10	50.0
ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00)	3	15.0
( $\bar{X}$ =3.65, S.D.=0.964)		
<b>รวม</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>
<b>ด้านความจำและความคิด</b>		
ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49)	0	0
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49)	1	5.0
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49)	5	25.0
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49)	11	55.0
ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00)	3	15.0
( $\bar{X}$ =3.83, S.D.=0.730)		
<b>รวม</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>
<b>ด้านอารมณ์และความรู้สึก</b>		
ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49)	0	0
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49)	0	0
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49)	4	20.0
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49)	16	80.0
ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00)	0	0.0
( $\bar{X}$ =3.64, S.D.=0.335)		
<b>รวม</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายด้าน (n=20)  
(ต่อ)

คุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านความสามารถในการสื่อสาร</b>		
ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49)	0	0
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49)	0	0
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49)	0	0.0
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49)	6	30.0
ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00)	14	70.0
( $\bar{X}$ =4.63, S.D.=0.425)		
<b>รวม</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>
<b>ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน</b>		
ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49)	1	5.0
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49)	0	0
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49)	2	10.0
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49)	4	20.0
ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00)	13	65.0
( $\bar{X}$ =4.36, S.D.=0.991)		
<b>รวม</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>
<b>ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว</b>		
ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49)	1	5.0
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49)	0	0
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49)	3	15.0
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49)	6	30.0
ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00)	10	50.0
( $\bar{X}$ =4.15, S.D.=0.878)		
<b>รวม</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายด้าน (n=20)  
(ต่อ)

คุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านความสามารถในการใช้มือข้างที่เป็นอัมพาตหรืออ่อนแรง</b>		
ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49)	1	5.0
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49)	1	5.0
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49)	1	5.0
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49)	5	25.0
ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00)	12	60.0
( $\bar{X}$ =4.23, S.D.=1.094)		
<b>รวม</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>
<b>ระดับคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยทำ</b>		
ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49)	0	0
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49)	2	10.0
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49)	5	25.0
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49)	7	35.0
ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00)	6	30.0
( $\bar{X}$ =3.82, S.D.=0.955)		
<b>รวม</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>
<b>ระดับคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม</b>		
ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49)	0	0
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49)	1	5.0
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49)	2	10.0
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49)	12	60.0
ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00)	5	25.0
( $\bar{X}$ =4.04, S.D.=0.596)		
<b>รวม</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>

**5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ปัจจัยอาชีพและรายได้ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยอาชีพและผู้ดูแลหลัก ได้รับการฝึกอบรมดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์

กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน ปัจจัยนำอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาการเป็นโรค ปัจจัยสาเหตุส่งเสริมการเกิดโรค และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงในตาราง 5

**ตาราง 5** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกปัจจัย (n=20)

ปัจจัย	ความสามารถในการดูแลตนเอง			ระดับคุณภาพชีวิต		
	$\chi^2$	df	p-value	$\chi^2$	df	p-value
<b>ปัจจัยนำ</b>						
เพศ	0.861	1	0.353	7.205	3	0.66
อายุ	1.287	3	0.732	9.444	9	0.397
สถานภาพสมรส	0.567	2	0.753	8.679	6	0.192
อาชีพ	20.00	4	0.000*	29.328	12	0.004*
ระดับการศึกษา	5.965	3	0.0113	14.222	12	0.287
รายได้	9.474	4	0.050*	16.267	6	0.062
ลักษณะครอบครัว	0.861	3	0.835	9.697	9	0.376
ผู้ดูแลหลัก	0.861	2	0.650	18.586	6	0.005*
การฝึกอบรมดูแลผู้ป่วย	0.454	1	0.502	8.254	3	0.041*
ระยะเวลาที่อยู่ดูแลผู้ป่วย	0.186	1	0.666	2.353	3	0.502
<b>ปัจจัยด้านสุขภาพ</b>						
การวินิจฉัยโรค	1.955	2	0.376	7.742	6	0.258
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล	4.211	2	0.122	6.929	6	0.328
ระยะเวลาการเป็นโรค	5.965	3	0.113	12.074	9	0.209
ปัจจัยสาเหตุส่งเสริมการเกิดโรค	0.263	1	0.608	0.938	3	0.816



ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกปัจจัย (n=20) (ต่อ)

ปัจจัย	ความสามารถในการดูแลตนเอง			ระดับคุณภาพชีวิต		
	$\chi^2$	df	p-value	$\chi^2$	df	p-value
<b>ปัจจัยเสริม</b>						
ความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว	0.117	2	0.943	2.353	6	0.885
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	1.579	1	0.209	2.847	3	0.416
แรงสนับสนุนทางสังคมข้อมูลข่าวสาร	0.702	3	0.873	11.639	9	0.234
แรงสนับสนุนทางสังคมการรักษาพยาบาลและอุปกรณ์เครื่องมือ	0.702	2	0.704	6.833	6	0.334

### อภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ในภาพรวมคะแนนประเมินสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง  $\geq 75$  คะแนน ร้อยละ 95.0 จากการศึกษา กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 64.10 ปี โรคประจำตัวเรื้อรังคือความดันโลหิตสูง เบาหวาน มีประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุราที่มีผลทำให้ความดันในเส้นเลือดเพิ่มสูงขึ้น ทำให้เส้นเลือดมีความเปราะบางและแตกง่าย ปัจจัยดังกล่าวเป็นผลต่อการฟื้นฟูสภาพและการฟื้นตัวของการทำงานของสมอง ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ร้อยละ 55.0 และหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 30.0 ซึ่งมีความรุนแรงของโรคน้อยกว่าหลอดเลือดสมองแตกที่ส่วนใหญ่มักจะมีอาการพิการหลงเหลืออยู่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา และผล

การศึกษาส่วนใหญ่ระดับความพิการมีเพียงเล็กน้อย ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมดเท่ากับก่อนป่วย ร้อยละ 45 ความพิการระดับปานกลาง ร้อยละ 30 และมีส่วนน้อยที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ จินตกานนท์<sup>17</sup> พบว่า อายุ ความรุนแรงของโรค และความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตอยู่จนถึง 3 เดือน หลังจากป่วยของโรงพยาบาลตราด คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย  $61.2 \pm 31.4$  คุณภาพชีวิตในระดับดีสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ (independent living :SIS-16  $\geq 75$ ) ร้อยละ 42.3

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.0 ( $\bar{X}=4.04$ ,  $SD=0.596$ ) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี

ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{X}=20.0, p=.000$ ) สอดคล้องกับ สุทิน มณีชมพู<sup>[8]</sup> ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ มีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .855 ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการประเมินสภาพและความต้องการดูแล ประยุกต์ตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม<sup>[9]</sup> นำมาวางแผนดูแลและวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การฟื้นฟูสภาพเริ่มต้นที่ผู้ป่วยพร้อมรับการบำบัด และไม่มีข้อจำกัดทางระบบประสาท ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการสอนการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน โดยพยาบาลวิชาชีพ การใช้ยาโดยเภสัชกร การฟื้นฟูร่างกายได้รับการดูแลจากแพทย์เวชกรรม และนักกายภาพบำบัด นักโภชนากรให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลและปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ มีระบบการส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการติดตามเยี่ยมบ้านทุกราย ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน มีคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการสื่อสารอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านร่างกาย ความจำและความคิด อารมณ์ความรู้สึก การทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการใช้มือข้างที่อ่อนแรง และความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยทำ อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษา

ของชนิษฐา รักษาเคน และคณะ<sup>[10]</sup> ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 6 เดือนแรก คุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับสูง และระดับคุณภาพชีวิตที่สูงในด้านด้านจิตใจและจิตวิญญาณด้านสังคมและเศรษฐกิจและด้านครอบครัวส่วนในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายอยู่ในระดับต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ปัจจัยอาชีพและรายได้ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีบทบาทผู้นำครอบครัวและหารายได้หลัก ผลกระทบด้านเศรษฐกิจจึงเป็นปัญหาสำคัญต่อครอบครัวของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหรือทำหน้าที่ได้ลดลง อาจกระทบต่อการประกอบอาชีพทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ขณะเดียวกันบางรายมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่สูงขึ้น ทั้งจากการรักษาค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อรับการรักษาและการดำรงชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ญาติผู้ดูแลอาจต้องลาออกจากงานทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้น ปัญหาเหล่านี้นำไปสู่ความเครียดทั้งของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.0 ( $\bar{X}=4.03, S.D.=0.322$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.0 ( $\bar{X}=4.36, S.D.=0.361$ ) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส ซึ่งสามารถอยู่ดูแล

ผู้ป่วยตลอดเวลา และยังมีบุตรหลานคอยดูแลให้กำลังใจขณะเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวไม่เคยแสดงความรังเกียจเมื่อรู้ว่าเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คอยสนับสนุนส่งเสริมช่วยทำงานแทน และนำผู้ป่วยไปพบแพทย์รับการตรวจรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุข และพอใจในครอบครัวที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของขนิษฐา รักษาเคน และคณะ<sup>[10]</sup> ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคู่สมรสที่คอยดูแลอย่างใกล้ชิด อาจเป็นเพราะสภาพสังคมไทยอยู่แบบครอบครัว และมีการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันดี รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้าน คอยช่วยเหลือซึ่งกันและกันจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ผู้ดูแลหลักที่ผ่านการอบรมดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมดูแลผู้ป่วยจะมีความรู้และทักษะในการดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมั่นใจและถูกต้องมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ ดวงมาลย์ คำหม่อม<sup>[11]</sup> ศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแพร์ พบว่า ความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับ โปรแกรม สูงกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น การที่ญาติมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยนี้ อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

ในส่วนปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการรักษาพยาบาลและอุปกรณ์เครื่องมือของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ทางสุขภาพ และได้รับคำแนะนำ การสอนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทีมสุขภาพ แต่เมื่อกลับมาอยู่ที่บ้านการได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพจากอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านหรือหอกระจายข่าวของชุมชนน้อยลง และการได้รับความช่วยเหลือทางกายอุปกรณ์มีน้อยเช่นกัน แสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีค่อนข้างน้อย แตกต่างกับการศึกษาของ สุภัทรา พิธขาว และคณะ<sup>[12]</sup> การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่ง Bays CL.<sup>[13]</sup> ได้กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ดีเปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ภายนอกตัวบุคคลที่ช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแปลความหมายของเหตุการณ์ ช่วยให้ผู้บุคคลทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น คุณภาพและปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับมีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นฟูจากภาวะความเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่าคุณเองได้รับการสนับสนุนจากสังคม สิ่งแวดล้อม และบุคคลที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อปัญหาที่ดีขึ้น สามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ มีสภาวะอารมณ์เชิงลบดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่ง สามารถปรับทุกข์ มีความพึงพอใจในชีวิต ทำให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ดังนั้นจึงควรสนับสนุนการจัดระบบบริการให้มีการติดตามเยี่ยมบ้านและ

ให้การพยาบาลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และมีการพัฒนาระบบการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลเป็นแบบการสื่อสารสองทางระหว่างระบบบริการสุขภาพกับภาคเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จะช่วยส่งเสริมให้สามารถตอบสนองกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุม

สรุปได้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้การส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการฝึกอบรมจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการปฏิบัติดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้การจัดระบบบริการติดตามเยี่ยมบ้านให้การพยาบาลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการพัฒนาระบบการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลเป็นแบบการสื่อสารสองทางระหว่างระบบบริการสุขภาพกับภาคเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เพื่อช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและครอบคลุม

#### ข้อเสนอแนะ

1. ในการวิจัยครั้งนี้ การใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวัดผลกระทบจากโรคโดยใช้การรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นสำคัญ ผลการศึกษาทำให้ข้อมูลทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ทำให้ทีมสุขภาพมีความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการมีส่วนร่วมในสังคม

2. จุดอ่อนของงานวิจัยนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างยังมีค่อนข้างน้อย เนื่องจากการศึกษาอยู่ในพื้นที่

ความรับผิดชอบของโรงพยาบาล ชุมชนขนาด 30 เตียง บริบทพื้นที่และข้อมูลทั่วไปจึงยังไม่เห็นข้อแตกต่างอย่างชัดเจน เมื่อเทียบกับงานวิจัยอื่น

3. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทีมพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ ควรนำเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกสาย เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

4. ทีมสุขภาพ เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ควรจัดให้มีโครงการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเอง การเผชิญปัญหาต่าง ๆ หลังออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

5. ควรพัฒนาระบบการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลเป็นแบบการสื่อสารสองทางระหว่างระบบบริการสุขภาพกับภาคเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จะช่วยส่งเสริมให้สามารถตอบสนองกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุม

6. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างหรือศึกษาในเขตอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลชุมชน ที่มีความแตกต่างในหลาย ๆ บริบท สภาพแวดล้อม ชีวิตความเป็นอยู่ อาจทำให้ได้ข้อมูลที่แตกต่างออกไป

#### การป้องกันสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย

ผู้วิจัยเสนอโครงการศึกษาวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผ่านการรับรองเลขที่ KHE 019 ลงวันที่ 11 มีนาคม 2565 ผู้วิจัยได้

ชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงขั้นตอนการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา หากรู้สึกไม่ปลอดภัยทางสุขภาพร่างกาย และจิตใจ ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ นายแชมป์ สุทธิศรี ศิลป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและเผยแพร่ผลงานวิจัย ทีมงานแผนกผู้ป่วยนอก ทีมงานเวชระเบียน สารสนเทศที่ให้การสนับสนุนในการเก็บข้อมูล ช่วยให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health Organization. World Stroke Campaign. [online]. (2021). [2022 March 1]. Retrieved from <http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>
- [2] กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2505-2563. [ออนไลน์]. (2563). [สืบค้น เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://spd.moph.go.th/health-status/>
- [3] สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. (2565). [สืบค้น เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission3>
- [4] สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการ

พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด; 2558.

- [5] รัชดาพร บุตรเริ่ม. รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูและสัมพันธภาพในครอบครัวกับพฤติกรรมของชายที่มีรสนิยมนักเพศเดียวกัน. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2551.
- [6] ฮานี เวาะและ. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา; 2559.
- [7] ทศนีย์ จินตกานนท์. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารแพทย์เขต 4 – 5 2562; 38(2): 114 – 24 .
- [8] สุทิน มณี ชมพู. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่; 2562.
- [9] Orem, D.E. Nursing :Concepts of practice . 2<sup>nd</sup> . ed ., New York : McGraw – Hill Book Company; 1983.
- [10] ขนิษฐา รักษาเคน สุรชาติสิทธิปกรณ์ และ อภิญญา วงศ์พิริยโยธา. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

- ภายหลังเกิดอาการ 6 เดือนแรก. วารสาร  
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัย  
มหาสารคาม 2558; 33(6) : 686 – 94.
- [11] ดวงมัลย์ คำหม่อม. ประสิทธิผลโปรแกรม  
เสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลใน  
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
โรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่  
2563; 28(1) : 93 – 106.
- [12] สุกัทร่า ผิวขาว ชนกพร จิตปัญญา และสุนิ  
ดา ปรีชาวงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการ  
เผชิญปัญหาการสนับสนุนทางสังคม  
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคุณภาพ  
ชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
สมองครั้งแรก. วารสาร มจก.วิชาการ  
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 2560;  
21(41) : 123 – 36.
- [13] Bays CL. Quality of life of stroke  
survivors: A research synthesis. Journal of  
Neuroscience Nursing 2001; 33(6): 310 –  
6.