

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด

วัฒน์พงษ์ อุทรส^{1,3}, นิเชภัทร พุฒิกามิน^{2,3}

¹นักศึกษาลัทธิศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²อาจารย์ ดร. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³กลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผู้รับผิดชอบบทความ: อาจารย์ ดร.นิเชภัทร พุฒิกามิน สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

E-mail: thiithi@kku.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2562 ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 จำนวน 142 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ไปถึงช่วงเวลาที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต QOL-AD ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) สภาพร่างกาย 2) อารมณ์ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

4) ความสามารถในการทำกิจกรรม 5) สถานะทางการเงิน และ 6) คุณภาพชีวิตโดยรวม ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .85

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (E.Mean = 2.32, E.SD = .40) คุณภาพชีวิตรายด้าน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (E.Mean = 2.79, E.SD = .47) ความสามารถในการทำกิจกรรม (E.Mean = 2.54, E.SD = .57) และด้านอารมณ์ (E.Mean = 2.49, E.SD = .67) อยู่ในระดับปานกลาง ด้านสถานะทางการเงิน (E.Mean = 2.07, E.SD = .65) ด้านสภาพร่างกาย (E.Mean = 2.12, E.SD = .47) และด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม (E.Mean = 2.40,

รับต้นฉบับ 12 พฤษภาคม 2563, ปรับปรุงต้นฉบับ 26 พฤษภาคม 2563, ตอรับต้นฉบับตีพิมพ์ 28 พฤษภาคม 2563

E.SD= .54) อยู่ในระดับต่ำ ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด มีความบกพร่องด้านความจำ ร้อยละ 97.9 และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำ พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพควรมีการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกายและการฟื้นฟูความจำแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายและทางสมองดีขึ้น นอกจากนี้ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วย

สามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนโดยเฉพาะที่มีอยู่ในชุมชนได้แก่ กองทุนหมู่บ้าน กองทุนสวัสดิการผู้พิการ การวิจัยในอนาคตควรศึกษาเกี่ยวกับการปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ความบกพร่องทางการรู้คิด, คุณภาพชีวิต

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก และเป็นสาเหตุความพิการอันดับ 3 ของโลก¹ องค์การอนามัยโลกพบว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองราว 15 ล้านคนทั่วโลก โดยเฉลี่ยทุกๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2563 คาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า² สำหรับในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตและความพิการ โดยมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 5 และมีอัตราความพิการถึงร้อยละ 70 โดยพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแต่กร้อยละ 22.3 และมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตันร้อยละ 3.4³ นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง และสูงเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี⁴ โรคหลอดเลือดสมองทำให้มีการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเพศชาย จำนวน

2.1 ล้านปี และในเพศหญิง จำนวน 2.2 ล้านปี⁵ มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษารวมต้นทุนเฉลี่ยจากการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง 162,664.97 บาทต่อปี⁶ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักจะหลงเหลือความพิการหรือผลกระทบของร่างกายด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ด้านประสาทการรับรู้และการเรียนรู้ ด้านการสื่อความหมายด้านพฤติกรรมและอารมณ์ รวมทั้งอาจมีปัญหาด้านครอบครัวและสังคม^{7,8}

ผลกระทบที่สำคัญอีกประการหนึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือความผิดปกติด้านการรู้คิด (cognitive dysfunction) เป็นความผิดปกติที่สามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดพยาธิสภาพที่สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิด ทำให้ผู้ป่วยมีระดับการรู้คิดแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของพื้นที่สมองที่เป็นรอยโรค ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อการเกิดความบกพร่องของระดับการรู้คิด มีถึง ร้อยละ 20-80 แตกต่างกันในแต่ละประเทศ เชื้อชาติ และ

เกณฑ์ในการวินิจฉัย (diagnostic criteria)⁹ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งผลให้ระดับการรู้คิดแตกต่างกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร⁹⁻¹⁵ ปัจจัยด้านหลอดเลือด^{6,16,17} ปัจจัยด้านรอยโรคทางกายภาพของระบบประสาท¹³ และปัจจัยด้านพฤติกรรม^{16,18,19} หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความผิดปกติด้านการรู้คิด จะส่งผลให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การขาดสมาธิ ความจำบกพร่อง ความบกพร่องในด้าน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของวัตถุที่มองเห็น การละลายส่วนของร่างกายและสภาพครึ่งซีก เกิดจากความบกพร่องในการบริหารจัดการ และภาวะสมองเสื่อม (dementia)²⁰ ส่งผลต่อการตัดสินใจและการคิดแบบนามธรรม²¹ การเปลี่ยนแปลงด้านการรู้คิดของผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าระดับความบกพร่องของระดับการรู้คิดมีความสัมพันธ์และส่งผลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเวลาต่อมา^{22,23}

จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา พบว่าเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วไปที่มีการรู้คิดดีและคัดกลุ่มที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดออก ซึ่งผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง²⁴⁻²⁸ เมื่อทำการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละด้านพบว่า ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย

และด้านจิตใจและจิตวิญญาณมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านครอบครัวมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง²⁴ และพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจและจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านครอบครัวอยู่ในระดับสูง ที่ผ่านมามีการศึกษาค่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด โดยเฉพาะ ดังนั้น ผลการศึกษาค่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมาจึงไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด

ผู้วิจัยได้ขยายขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการรู้คิดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด ได้แก่ ผู้ป่วย dementia และ Alzheimer's disease ซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง^{29,30} เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านที่อยู่อาศัย ครอบครัว การแต่งงานและเพื่อน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ระดับพลังงาน ความจำ ความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดมีคุณภาพชีวิตรายด้าน ด้านสุขภาพกาย ระดับพลังงาน ความจำ และความสามารถในการทำกิจกรรมระดับต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วไป ส่วนคุณภาพชีวิตรายด้านที่มีความคล้ายคลึงกันคือ ด้านที่อยู่อาศัย

ครอบครัว การแต่งงานและเพื่อน ซึ่งอยู่ในระดับสูง จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด ผลที่ได้จากการศึกษาจะช่วยทำให้พยาบาลเข้าใจระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด และสามารถวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด โดยมีคะแนนประเมินความบกพร่องทางการรู้คิดระหว่าง 9-24 คะแนน จากการใช้แบบประเมิน MoCA ฉบับภาษาไทย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ไปถึงช่วงเวลาที่กำหนด คือ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดหลอดเลือดสมองขาดเลือด หรือชนิดเลือดออกในสมอง มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ไม่มีภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมิน 209Q สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ ผู้ป่วยและญาติสายตรงยินดีเข้าร่วมการวิจัย และไม่มีประวัติบาดเจ็บศีรษะก่อนป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 142 ราย ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 ถึง

เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ประเมินคุณภาพชีวิตโดยแบบประเมินคุณภาพชีวิต QOL-AD (Quality of Life in Alzheimer's Disease) ที่พัฒนาโดย Logsdon et al (1999) แปลเป็นภาษาไทยโดย นพพร บัวศรี³⁴ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .85 แบบประเมินคุณภาพชีวิต QOL-AD ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ 1) สภาพร่างกาย (physical condition) 2) อารมณ์ (mood) 3) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationships) 4) ความสามารถในการทำกิจกรรม (ability to participate in meaningful activities) 5) สถานะทางการเงิน (financial situation) และ 6) มุมมองคุณภาพชีวิตโดยรวม (life quality as a whole) มีจำนวน 13 ข้อ ได้แก่ สภาพร่างกาย ระดับพลังงาน อารมณ์และความรู้สึก สภาพความเป็นอยู่ ความจำ ครอบครัว การใช้ชีวิตคู่ เพื่อน การมองตนเองในภาพรวม ความสามารถในการทำงานบ้าน ความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ เพื่อความบันเทิง สถานภาพทางการเงิน และการมองชีวิตโดยรวม แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ 4 ระดับ คือ poor, fair, good, excellent มีระดับคะแนนตั้งแต่ 13-52 คะแนน

คะแนนที่มาก หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดี แบ่งระดับคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Bloom (1956) โดยใช้เกณฑ์ตัดคะแนนที่ ร้อยละ 60-80 แบ่งระดับคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ โดยใช้ estimated mean (E.x) คือ E.x = 1.00-2.49 คือ คุณภาพชีวิตต่ำ E.x = 2.50-3.29 คือ คุณภาพชีวิตปานกลาง E.x = 3.30-4.00 คือ คุณภาพชีวิตสูง การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 622177 และผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH_REC 62-02-026 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 23 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ใช้การแจกแจงความถี่ การคำนวณค่าเฉลี่ย ร้อยละ พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิต ใช้ estimated mean และ estimated standard deviation ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.8 มีอายุระหว่าง 24 - 87 ปี อายุเฉลี่ย 62 ปี (SD = 13.07) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 45 - 65 ปี ร้อยละ 47.2 แต่งงานและอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 70.4 เรียนจบระดับประถม

ศึกษา ร้อยละ 71.8 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 1,000 - 100,000 บาท ค่ากลางรายได้ 8,000 บาท (SD = 17262.65) ส่วนใหญ่รายได้ครอบคลุมไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน ร้อยละ 54.9 ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติร้อยละ 76.1 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 81.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.8 ในกลุ่มนี้พบเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 58.8 มีความบกพร่องทางการรู้คิดด้านความจำ ร้อยละ 97.9 มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมเป็นประจำ ร้อยละ 85.9 มีคะแนน MRS 1 คะแนน ร้อยละ 38.7 มีคะแนน Barthel ADL Index 100 คะแนน ร้อยละ 84.5

2. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (E.Mean = 2.32, E.SD = .40) คุณภาพชีวิตรายด้าน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (E.Mean = 2.79, E.SD = .47) ความสามารถในการทำกิจกรรม (E.Mean = 2.54, E.SD = .57) และด้านอารมณ์ (E.Mean = 2.49, E.SD = .67) อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตด้านสถานะทางการเงิน (E.Mean = 2.07, E.SD = .65) ด้านสภาพร่างกาย (E.Mean = 2.12, E.SD = .47) และด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม (E.Mean = 2.40, E.SD = .54) อยู่ในระดับต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยมีคุณภาพชีวิตรายข้อของแต่ละด้านดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดโดยรวมและรายด้าน

คุณภาพชีวิต	Estimated Mean	Estimated SD	การแปลผล
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	2.79	.47	ปานกลาง
ด้านความสามารถในการทำกิจกรรม	2.54	.57	ปานกลาง
อารมณ์	2.49	.67	ปานกลาง
ด้านมุมมองต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม	2.40	.54	ต่ำ
ด้านสภาพร่างกาย	2.12	.47	ต่ำ
ด้านสถานะทางการเงิน	2.07	.65	ต่ำ
คุณภาพชีวิตโดยรวม	2.32	.40	ต่ำ

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดรายข้อ

คุณภาพชีวิต	Estimated Mean	Estimated SD
สภาพร่างกาย	2.23	.62
พลังกำลัง	2.18	.65
อารมณ์	2.49	.67
สภาพความเป็นอยู่	2.52	.66
ความจำ	1.96	.55
ครอบครัว	2.87	.57
ชีวิตสมรส	3.10	.56
เพื่อนฝูง	2.68	.76
ตัวคุณเองในภาพรวม	2.46	.60
ความสามารถในการทำงานต่างๆในบ้าน	2.50	.77
ความสามารถในการทำกิจกรรมเพื่อความบันเทิง	2.58	.67
ภาวะการเงิน	2.07	.65
ชีวิตในภาพรวม	2.35	.59

การอภิปรายผล

ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องความจำบกพร่อง ร้อยละ 97.9 ทำให้หลงลืมทั้งระยะสั้น และระยะยาว ทำให้มีปัญหาการคิดเรื่อง

นามธรรม การตัดสินใจ การดูแลตนเองลดลงต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เจษฎา เขียนดวงจันทร์¹⁰ ที่พบว่าความจำบกพร่องส่งผลให้การช่วยเหลือตนเองลดลง อาจเป็นจากภาวะหลงลืม ทำให้การวินิจฉัยโรคอื่นๆ ที่พบร่วม

ข้าง เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการติดตามรักษา และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์น้อยลง ข้อมูลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 62 ปี (SD= 13.07) มีอายุระหว่าง 45 - 65 ปี ร้อยละ 47.2 อายุที่มากขึ้นกับความจำที่บกพร่องส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงสภาพร่างกาย ความจำ และผลกำลังอยู่ในระดับต่ำ ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสภาพร่างกายอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำ ชินษฐา รักษาเคน และคณะ²⁴ พบว่าความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายจากพยาธิสภาพของโรคส่งผลให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.7 รายได้ของครอบครัวต่ำ (mode = 8,000 บาท/เดือน) ไม่เพียงพอและมีหนี้สินร้อยละ 54.9 ไม่สามารถจ่ายใช้สอยในสิ่งที่ต้องการได้ รวมถึงการใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 76.1 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างได้รับเงินสวัสดิการจากรัฐ คือ เบี้ยผู้สูงอายุ และเบี้ยผู้พิการ รวมไม่เกินเดือนละ 1,500 บาท ถึงกระนั้น ยังถือว่าไม่เพียงพอ เพราะนอกจากการใช้จ่ายสำหรับชีวิตประจำวันแล้วยังมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าที่พัก และค่าอาหารในระหว่างที่ไปติดตามรักษาต่อเนื่อง ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสถานะทางการเงินอยู่ในระดับต่ำ รังษิยา เชื้อเจ็ดตน และเดชา ทำดี²⁶, อารณ รัตนาวิจิตร และวัลภา คุณทรงเกียรติ²⁷, Kwon et al³⁶, Badaru et al²⁸, Shingpoo et al³⁷ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถ

ประกอบอาชีพได้ หรือมีอาชีพที่ไม่มั่นคงมีรายได้ต่อเดือนต่ำจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง หากผู้ป่วยเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัวจะทำให้รายได้ลดลง สวนทางกับรายจ่ายที่สูงขึ้น สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องรับภาระมากขึ้นทั้งในการดูแลผู้ป่วยและการทำงานหารายได้อีกทั้ง รายได้ที่ต่ำทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์บางอย่างที่มีค่าใช้จ่ายสูง นอกจากนี้ การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เรียนจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.8 Kwon et al³⁶, Mahesh et al³⁸, Shingpoo et al³⁷ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับการศึกษาต่ำ จะขาดความตระหนักในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลตนเอง ไม่เข้าใจในพยาธิสภาพและกระบวนการฟื้นคืนสภาพของโรค และมีความไม่ชัดเจนในบทบาททางสังคมของตนเองในอนาคต และจากประเด็นที่อภิปรายข้างต้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้คุณภาพชีวิตด้านมุมมองต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ

เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตรายด้านที่สอดคล้องกับการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมคือ การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสภาพร่างกาย ด้านสถานะทางการเงิน และด้านมุมมองคุณภาพชีวิตโดยรวมซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ประเด็นสำคัญที่ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านเหล่านี้ในระดับต่ำดังได้อภิปรายไปแล้วข้างต้น ส่วนระดับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่าสอดคล้องกับคะแนนการรับรู้ชีวิต

สมรสปานกลาง (mean = 3.10, SD = .56) ชีวิตครอบครัวปานกลาง (mean = 2.87, SD = .57) เพื่อนฝูงปานกลาง (mean = 2.68, SD = .76) และสภาพความเป็นอยู่ปานกลาง (mean = 2.52, SD = .66) และพบว่าส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรสร้อยละ 70.4 และมีคู่สมรสเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 54.9 มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นประจำ ร้อยละ 85.9 ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ขนินชูลา รักษาเคน และคณะ²⁴, รั้งชียา เชื้อเจ็ดตน และเดชา ทำดี²⁶ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่กับครอบครัว มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแล มีการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน และมีความสัมพันธ์กับคนในชุมชนดี จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้คุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ คะแนน Barthel ADL 100 คะแนน ร้อยละ 84.5 ยังมีการไปมาหาสู่กับบุคคลอื่นในชุมชนได้ และมีระดับความรุนแรงของโรคในระดับที่ไม่มีความผิดปกติรุนแรง คือ มีคะแนน MRS 1 คะแนน ร้อยละ 38.7 ระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนด้านที่มีพยาธิสภาพอยู่ในระดับเกรด 4 ร้อยละ 49.3 กำลังกล้ามเนื้อขา ด้านที่มีพยาธิสภาพอยู่ในระดับเกรด 4 ร้อยละ 48.6 และพบว่าคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมเพื่อความบันเทิงปานกลาง (mean = 2.58, SD = .67) ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ภายในบ้านปานกลาง (mean = 2.50, SD = .77) ขนินชูลา รักษาเคน และคณะ²⁴ การศึกษาของ

รั้งชียา เชื้อเจ็ดตน และเดชา ทำดี²⁶ พบว่ากำลังของกล้ามเนื้อแขนและระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ พบว่าคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และยังคงดำเนินชีวิตอยู่กับคู่สมรส และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชนได้ ดังที่อภิปรายไปแล้วข้างต้น ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายและความจำ
 - 1.1 ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสภาพร่างกายต่ำ พยาบาลควรมีการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีการศึกษาของ นวรัชต์ อุตราชต์กิจ และคณะ พบว่า ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพของการใช้งานรยางค์บนและล่างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน และใช้งานรยางค์บนและล่างได้ดีขึ้น
 - 1.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความบกพร่องด้านความจำ ร้อยละ 97.9 ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำ ดังนั้นทีมบุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมการฟื้นฟูความจำแก่ผู้ป่วย มีการศึกษาของ จุฬารัตน์ วิเศษรัตน์ พบว่า ผลของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองที่ครอบคลุม การรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจและการ

คำนวณ ภาษา และการระลึกได้ ทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพสมองดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 ควรสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยต่อเนื่องในระดับชุมชน โดยควรมีการส่งต่อข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยจากหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิไปยังหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ทีมสุขภาพในพื้นที่เช่น เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. กลุ่มผู้นำชุมชนร่วมออกตรวจเยี่ยมและให้การดูแลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติที่บ้าน

2.2 จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสถานะการเงินของกลุ่มตัวอย่างต่ำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ดังนั้นควรมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนด้านการเงินของชุมชนได้ เช่น กองทุนเงินกู้ยืมผู้พิการ ซึ่งเป็นกองทุนที่ปลอดดอกเบี้ย เป็นต้น

3. ข้อเสนอสำหรับการทำวิจัยในอนาคต ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด และปัจจัยที่มีผลต่อความบกพร่องทางการรู้คิดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.ณิชาภัทร พุฒิกามิน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และคณาจารย์ทุกท่านที่ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองและญาติทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณกลุ่มวิจัยโรคลมชักแบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Johnson W, Onuma O, Owolabi M, Sachdev S. Stroke: a global response is needed. Bull World Health Organ 2016;94:634-634A.
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. โรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิต 1 คน/6 วินาที. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihealth.or.th/>.
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. โรคหลอดเลือดสมอง...ภัยร้ายใกล้ตัว. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/Content/45075> โรคหลอดเลือดสมอง...ภัยร้ายใกล้ตัว%20.html.
4. กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุขสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2560. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/ประเด็นสารวันอัมพาตโลกปี_2560_.pdf.
5. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การสูญเสียปีสุขภาวะ Disability-

- Adjust Life Year: DALY รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์; 2556.
6. ศุภวรรณ มโนสุนทร. รายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง. [อินเทอร์เน็ต]. 2014 [เข้าถึงเมื่อ 16 กันยายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: URL: http://www.interfetp thailand.net/forecast/files/report_2014/report_2014_no20.pdf.
 7. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical Nursing Practice Guidelines for Stroke. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pni.go.th/pnigoth/wp-content/uploads/2009/03/พยาบาลโรคหลอดเลือด.pdf>.
 8. Chandra A, Stone CR, Du X, Li WA, Huber M, Bremer R, et al. The cerebral circulation and cerebrovascular disease III: Stroke. *Brain Circulation* [serial online] 2017; 3: 66-77.
 9. Sun JH, Tan L, Yu JT. Post-stroke cognitive impairment: epidemiology, mechanisms and Management. *Ann Transl Med* [serial online] 2014; 2:80.
 10. เฉษฐา เขียนดวงจันทร์. โรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Poststroke Dementia). *J ThaiStroke Soc* [วารสารออนไลน์] 2015;14:146-52.
 11. ชนินทร ทริการักดี. ความชุกภาวะความบกพร่องของสมรรถนะทางสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะความบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง. *Journal of Disease and Health Risk DPC.3* [วารสารออนไลน์] 2561;12:1-16.
 12. Douiri A, Rudd AG, Wolfe CDA. Prevalence of post stroke cognitive impairment South London Stroke Register 1995-2010. *Stroke* [serial online] 2013;44:138-45.
 13. Danovska M, Stamenov B, Alexandrova M, Psychinska D. Post-stroke cognitive impairment phenomenology and prognostic factor. *J of IMAB* [serial online] 2012;18:290-7.
 14. Teasell R, Salter K, Faltynek P, Cotoi A, Eskes G. Post-stroke cognitive disorders. *EBRSR* [serial online] 2018; 1: 1-86.
 15. Zulkifly MFM, Ghazali SE, Din NC, Singh DKA, Subramaniam P. A review of risk factors for cognitive impairment in stroke survivors. *The Scientific World Journal* [serial online] 2016;2016:1-16.
 16. Nurani RRS, Martini S. Risk factors for cognitive impairment after ischemic stroke. *KnE Life Sciences* [serial online] 2018;2018:87-96.

17. Sivakumar L, Camicioli R, Butcher K. Factors associated with cognitive decline in transient ischemic attack patients. *Can J neurol Sci.* [serial online] 2014;41:303-13.
18. Smith PJ, Blumenthal JA. Dietary factor and cognition decline. *J Prev Alzheimers Dis.* [serial online] 2016;3: 53-64.
19. Wennberg AMV, Wu MN, Rosenberg PB, Spira AP. Sleep disturbance, cognitive decline, and dementia: A review. *Semin Neurol* [serial online] 2017;37:395-406.
20. กิ่งแก้ว ปาจรีย์. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: เอ็น.พี.เพรส; 2550.
21. National Stroke Association. Learn more about stroke. [Internet]. c2018 [cited 2018 Sep 17]. Available from: <http://www.stroke.org/understand-stroke/recognizing-stroke/signs-and-symptoms-stroke>.
22. Cumming TB, Brodtmann A, Darby D, Bernhardt J. The importance of cognition to quality of life after stroke. *Journal of Psychosomatic Research* [serial online] 2014;77:374-9.
23. Kwa VIH, Limburg M, Haan RJD. The role of cognitive impairment in the quality of life after ischaemic stroke. *J Neurol* [serial online] 1996;243:599-604.
24. ชนิษฐา รักษาเคน, สุรชาติ สิทธิปกรณ์, อภิญญา วงศ์พิริโยธา. คุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดอาการ 6 เดือนแรก โรงพยาบาลมหาสารคาม. *วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม* [วารสารออนไลน์] 2556;9:164-71.
25. นิ่มนวล ชูสกุลยิ่ง, อรุณี ชาญชัย, ปิ่นนเรศ กาศอุดม, คณิศร แก้วแดง. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง. *วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี* [วารสารออนไลน์] 2559;27:54-64.
26. รังษิยา เชื้อเจ็ดตน, เดชา ทำดี. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง. *Journal of Associated Medical Sciences* [วารสารออนไลน์] 2017; 50:597-604.
27. อารมณ์ รัตนวิจิตร วัลภา คุณทรงเกียรติ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* [วารสารออนไลน์] 2541; 6:10-20.
28. Badaru UM, Ogwumike OO, Adeniyi AF. Health related quality of life of stroke survivors in Africa: a critical review of literature. *Arch Physiother Glob Res* [serial online] 2015;19:7-16.

29. Heggie M, Morgan D, Cressley M, Kirk A, Wong P, Karunanayake C, et al. Quality of life in early dementia: Comparison of rural patient and caregiver ratings at baseline and one year. *Dementia (London)* [serial online] 2012;11:521-41.
30. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI, Toyoda CY. Quality of life of elderly with Alzheimer's disease: a comparative study between the patient's and the caregiver's report. *Latino-Am. Enfermagem* [serial online] 2010;18:26-32.
31. Logsdon RG, Gibbons LG, McCurry SM, Terry L. Quality of life in Alzheimer's disease: patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health and Aging* [serial online] 1999;5:21-32.
32. Birren JE, Lubben JE, Rowe JC, Deutchman DE. The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. *Science Direct* [serial online] 1991;1:3-27.
33. จุฬาลักษณ์ โกมลตรี. (2012). บทความพิเศษ : การคำนวณขนาดตัวอย่าง. *Journal of Mental Health of Thailand* [วารสารออนไลน์] 2012;20:292-8.
34. นพพร บัวลี. การพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยาของ The quality of life-Alzheimer's disease (QOL-AD) ฉบับภาษาไทย ในผู้ป่วยอัลไซเมอร์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาเอนัลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
35. Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. Taxonomy of educational objectives: The Classification of Educational Goals. Michigan: Edwards Bros.; 1956.
36. Kwon S, Park JH, Kim WS, Han K, Lee Y, Paik NJ. Health-related quality of life and related factors in stroke survivors: Data from Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES) 2008 to 2014. *PLoS ONE* [serial online] 2018;13:1-12.
37. Singhpoo K, Chareerntanyarak L, Ngamroop R, Hadee N, Chantachume W, Lekbunyasinet O. Factors related to quality of life of stroke survivors. *J Stroke Cerebrovasc Dis* [serial online] 2012;21:776-81.
38. Mahesh PKB, Gunathunga MW, Jayasinghe S, Arnold SM, Liyanage SN. Factors influencing pre-stroke and post-stroke quality of life among stroke survivors in a lower middle-income country. *Neurol Sci* [serial online] 2018;39:287-95.