

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา

ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131



รายงานการวิจัย

การศึกษาปัญหาเพื่อสร้างรูปแบบพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก

A Study of Problems for Nursing Development Model to Improve
Quality of Life of Stroke Patients in Eastern Region of Thailand

ใช้เฉพาะห้องศูนย์ข้อมูล
ภาคตะวันออก

อาภรณ์ รัตนวิจิตร

วัลภา คุณทรงเกียรติ

๑๕.๑๖.๖๑

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2542

ได้รับสนับสนุนงบประมาณวิจัยจากงบประมาณแผ่นดินปี 2541,

ISBN 974-574-232-5

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยและคณะใคร่ขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือให้งานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้อย่างดียิ่ง โดยเฉพาะผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปใน 8 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย กลุ่มตัวอย่างและอีกหลาย ๆ ท่านที่มีสามารถกล่าวถึงทั้งหมด ที่ให้ทั้งความช่วยเหลือและกำลังใจ

ผู้วิจัยและคณะขอขอบพระคุณสำนักงบประมาณที่สนับสนุนงบประมาณแผ่นดินปี 2541 ในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีส่วนช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ผู้วิจัยและคณะหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านสาธารณสุขของประเทศไทยต่อไปในอนาคต

ผู้วิจัยและคณะ

มิถุนายน 2542

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยและคณะใคร่ขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือให้งานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้
อย่างดียิ่ง โดยเฉพาะผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาล
ทั่วไปใน 8 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย กลุ่มตัวอย่างและอีกหลาย ๆ ท่านที่มีสามารถกล่าวถึง
ทั้งหมด ที่ให้ทั้งความช่วยเหลือและกำลังใจ

ผู้วิจัยและคณะขอขอบพระคุณสำนักงบประมาณที่สนับสนุนงบประมาณแผ่นดินปี 2541 ในการ
ทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีส่วนช่วยสนับสนุนและส่งเสริม
ให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ผู้วิจัยและคณะหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้าน
สาธารณสุขของประเทศไทยต่อไปในอนาคต

ผู้วิจัยและคณะ

มิถุนายน 2542

ชื่อเรื่อง การศึกษาปัญหาเพื่อสร้างรูปแบบพัฒนาคุณภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 ในภาคตะวันออกเฉียง
 ผู้วิจัย อภรณ์ รัตนวิจิตร
 วัลภา คุณทรงเกียรติ
 ปีที่ทำวิจัย พ.ศ. 2542

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาจากปัจจัยต่าง ๆ และหาตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่รับไว้รักษาซ้ำในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในภาคตะวันออกเฉียง จำนวน 390 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2541 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2541 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าความเชื่อมั่นในส่วนการพึ่งพาสังคม .82 และส่วนคุณภาพชีวิต .86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการคำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ การพึ่งพาสังคม ($r=.347$) การพักอาศัยในบ้านของตนเอง ($r=.192$) อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ($r=.167$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวหลังเจ็บป่วย ($r=.148$) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ($r=.147$) สถานภาพสมรสคู่ ($r=.144$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวหลังเจ็บป่วย ($r=.135$) และพบว่าปัญหาที่เกิดจากโรค เช่น การพูดไม่ชัด มองเห็นภาพซ้อนฯ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.102$)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ อาชีพรับจ้าง ($r=-.174$) การพักอาศัยอยู่กับผู้อื่น ($r=-.169$) สถานภาพสมรสหย่า แยก ($r=-.137$) การพักอาศัยอยู่บ้านเช่า ($r=-.132$) และพบว่าการใช้อุปกรณ์ช่วยขณะเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r=-.112$)

3. ตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียง ได้แก่ การพึ่งพาสังคม อาชีพรับจ้าง การพักอาศัยในบ้านของตนเองและค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว โดยสามารถเขียนสมการทำนายในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

∧

$$Y = 33.707 + (.460)(\text{การพึ่งพาสังคม}) + (-3.368)(\text{อาชีพรับจ้าง}) + (3.276)(\text{การพักอาศัยในบ้านของตนเอง}) + (.000006)(\text{ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว})$$

∧

$$Z = (-.375)(\text{การพึ่งพาสังคม}) + (-.163)(\text{อาชีพรับจ้าง}) + (.161)(\text{การพักอาศัยในบ้านของตนเอง}) + (-.114)(\text{ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว})$$

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะรัฐบาลและทีมสุขภาพควรตระหนักถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการส่งเสริมการส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง การส่งเสริมให้พักอาศัยในบ้านของตนเอง ส่งเสริมให้มีอาชีพที่มีรายได้ที่แน่นอน มีค่าใช้จ่ายเพียงพอ และมีสวัสดิการสังคม

Title A Study of Problems for Nursing Development Model to Improve Quality of Life of Stroke Patients in Eastern Region of Thailand

Researchers Apom Ruttanawijit
Walapa Kunsongkiat

Year 1999

Abstract

The purposes of this study were to investigate factors affecting Quality of Life(QOL) and to ascertain predictive QOL indicators of stroke patients in Eastern Region of Thailand. The samples comprised of 390 follow up patients and re-admission patients of 4 general hospitals and 4 regional hospitals in Eastern Region of Thailand, and selected by purposive sampling technique. Data were collected by interviewing with questionnaires (Social Dependent $\alpha = .86$, QOL $\alpha = .82$) and analyzed by Percentage, Arithmetic means, Standard deviation ,Pearson's Product Moment Correlation, Stepwise Multiple Regression.

The results of study were as follow

1. There were significant positive relationship at .01 level of QOL with Social Dependent ($r = .347$), live in own home ($r = .192$), government officer ($r = .167$), post illness monthly family income ($r = .148$), monthly family expenses ($r = .147$), married status ($r = .144$), pre illness monthly family income ($r = .135$) and at .05 level was problems related to disease ($r = .102$)
2. There were significant negative relationship at .01 level of QOL with labor career ($r = -.174$), live in non-own home ($r = -.169$), widow/divorce/separate ($r = -.137$), live in rental home ($r = -.132$) and at .05 level with utilize devices ($r = -.112$).
3. The result of Stepwise Multiple Regression analysis revealed that predictive indicators were social dependent, labor career , live in own home and expenses. The predictive model as follow:

$$\hat{y} = 33.707 + (.460)(\text{social dependent}) + (-3.368)(\text{labor career}) + (3.276)(\text{live in own home}) + (.000006)(\text{expenses})$$

$$\hat{Z} = (.375)(\text{social dependent}) + (-.163)(\text{labor career}) + (.161)(\text{live in own home}) + (.114)(\text{expenses})$$

Recommendations : government and health team should promote self care of stroke victims to independent persons , encourage them to stay in their own home and provide sufficient expenses and welfare.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
สมมติฐานการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	4
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	5
โรคหลอดเลือดสมองและผลกระทบของโรค	5
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	13
ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	16
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	18
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	18
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	18
การเก็บรวบรวมข้อมูล	20
การวิเคราะห์ข้อมูล	21
บทที่ 4 ผลการวิจัย	22
ส่วนที่ 1 ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	22
ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	29
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียง	30

ส่วนที่ 4 สมการในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในภาคตะวันออก	31
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	33
สรุปผลการวิจัย	33
อภิปรายผล	34
ข้อเสนอแนะ	38
บรรณานุกรม	40
ภาคผนวก	45
ภาคผนวก ก. เอกสารพิทักษ์สิทธิ์และจดหมายขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย	46
ภาคผนวก ข. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	49
ภาคผนวก ค. รายนามผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย	51
ภาคผนวก ง. ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	53
ภาคผนวก จ. สัญลักษณ์แทนตัวแปรและการแปลงค่าตัวแปรหุ่น (Dummy Variable)	57
ภาคผนวก ฉ. ค่าสหสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก	60
ภาคผนวก ช. สมการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก	64
ภาคผนวก ซ. ประวัติผู้วิจัย	67

สารบัญญัตินี้

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและศาสนา	23
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ ก่อนเป็นโรคหลอดเลือดสมอง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวก่อนการเจ็บป่วย รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว หลังการเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว สถานที่พักอาศัย	24
3 การพึ่งพาสังคม	25
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความรุนแรง ของโรค ปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของโรค โรคประจำตัวและโรคแทรกซ้อน	26
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามชนิดของการรักษา การฟื้นฟูสภาพ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ชนิดของการชำระค่า รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ การใช้อุปกรณ์ช่วยขณะเคลื่อนไหวและชนิดของผู้ดูแล	27
6 ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียง	29
7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลคุณภาพชีวิตรายข้อและโดยรวม	30
8 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอน โดยใช้คะแนนคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแปรเกณฑ์	32

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากโรคและผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองจะกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ถ้าผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดี มีปัจจัยส่งเสริมที่เหมาะสม ก็จะทำให้ผู้ป่วยคงการมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีการปรับตัวไม่ดี รวมทั้งไม่มีปัจจัยส่งเสริมที่เหมาะสม ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหามากขึ้น การรักษาพยาบาลมีความซับซ้อนมากขึ้นจนไม่สามารถกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านได้

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับสามของประชากรไทยรองจากโรคหัวใจและมะเร็ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2538) และมีแนวโน้มการเกิดโรคสูงขึ้นตลอดเวลา อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะพบสูงในประเทศที่มีการพัฒนาอุตสาหกรรม เช่น ประเทศ สหรัฐอเมริกา พบอัตราการเกิดโรคมมากกว่า 500,000 รายต่อปี เป็นสาเหตุการตายของชาวอเมริกันมากกว่า 150,000 รายต่อปี และทำให้ผู้ที่รอดชีวิตมากกว่าร้อยละ 50 มีความพิการหลงเหลืออยู่ มีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ (Linton, Matteson & Maebius, 1995 ; Ignatavicius, Workman & Mishler, 1995) ส่วนในประเทศไทยพบว่ามีอัตราการเกิดโรคประมาณ 100,000 รายต่อปี เป็นสาเหตุการตายของชาวอังกฤษเฉลี่ย 80,000 รายต่อปี และมากกว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยจะเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องนอนในโรงพยาบาล (Gibbon & Little, 1995) สำหรับประเทศไทยพบว่ามีอัตราการเกิดโรคเฉลี่ย 187 คนต่อประชากร 100,000 คน มีอัตราการตาย 11.3 คนต่อประชากร 100,000 คน (พรชัย จุลเมตต์, 2540) สำหรับอัตราการรอดชีวิตและความพิการที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองของประชากรไทย จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบรายงานดังกล่าว และจากรายงานการศึกษามีปัญหาสาธารณสุขของประชากรในภาคตะวันออกเฉียง (สำนักงานสาธารณสุขเขต 3, 2540) พบว่าปัญหาสำคัญอันดับแรก ได้แก่ ปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งรวมทั้งโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเพิ่มจากร้อยละ 50 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 89.49 ในปี 2540 ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของโรคหลอดเลือดสมองที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียง เช่น โรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างปี 2539-2540 พบว่ามีผู้ป่วยที่มาับการรักษาในปี 2539 จำนวน 1,353 ราย ปี 2540 จำนวน 1,484 ราย โรงพยาบาลระยองระหว่างปี 2539-2540 พบว่ามีผู้ป่วยที่มาับการรักษาในปี 2539 จำนวน 244 ราย ปี 2540 จำนวน 304 ราย โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา ระหว่าง 2539-2540 พบว่ามีผู้ป่วยที่มาับการรักษาในปี 2539 จำนวน 269 ราย ปี 2540 จำนวน 346 ราย (ฝ่ายสถิติโรงพยาบาลชลบุรี, 2541 ; ฝ่ายสถิติโรง

พยาบาลระยอง, 2541 ; ฝ่ายสถิติโรงพยาบาลฉะเชิงเทรา, 2541) จากสถิติดังกล่าวเมื่อเปรียบเทียบรายเดือน และรายปี พบว่าอัตราการเกิดโรคมะเร็งในวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นตลอดเวลา

ความรุนแรงของโรคนหลอดเลือดสมองอาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตเนื่องจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น จะขัดขวางการนำออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง ทำให้สมองขาดออกซิเจน ซึ่งจะทำการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนนั้น ๆ เสียไป ถ้ามีพยาธิสภาพบริเวณที่สำคัญหรือมีขอบเขตกว้าง ก็อาจจะทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจในที่สุด ในรายที่มีพยาธิสภาพที่ไม่รุนแรงหรือได้รับการช่วยเหลือจนรอดชีวิต ส่วนใหญ่มักจะหลงเหลือความผิดปกติ ได้แก่ อัมพาต กล้ามเนื้ออ่อนแรง เคลื่อนไหวช้า แขนขาเคลื่อนไหวไม่สัมพันธ์กัน พูดไม่ได้ พูดลำบาก กลืนลำบาก มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ และสูญเสียการทำงานของระบบประสาทในด้านการรับรู้ การจำ นอกจากนี้อาจพบปัญหาแทรกซ้อนที่เกิดภายหลังการการเจ็บป่วย เช่น แผลกดทับ ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ เป็นต้น ปัญหาที่เกิดจากโรคและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมักมีผลกระทบต่อด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย สับสน เครียด เกิดความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ หมดความภาคภูมิใจในตนเอง บางรายจะรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวัง (นภาภรณ์ แก้วภรณ์, 2533 ; ปฏิญา พรณรายและคณะ, 2539 ; ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคนหลอดเลือดสมองยังมีผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมเนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ต้องเปลี่ยนบทบาทในครอบครัว ครอบครัวขาดรายได้ สมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย หรืออาจต้องจ้างผู้ดูแลมาดูแลผู้ป่วยแทนสมาชิกในครอบครัว ต้องใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทั้งค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ผู้ป่วยอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์และอาจไม่สามารถทำหน้าที่สามีหรือภรรยาได้ตามปกติ ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาครอบครัวล้มเหลวตามมา นอกจากนั้นอาจพบปัญหาทางด้านสังคมเนื่องจากสภาวะการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยหลงเหลือความพิการขาดความสามารถทั้งในการดูแลตนเองและการมีกิจกรรมในสังคม ทำให้ต้องพึ่งพาครอบครัว ในรายที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้หรือดูแลได้ไม่เต็มที่ อาจต้องกลับเข้ามารับการรักษาย่อยขึ้นหรืออาจต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานพักฟื้นซึ่งเป็นของรัฐบาล รัฐบาลอาจต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดเนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถรับผิดชอบได้ ทำให้ประเทศชาติต้องใช้งบประมาณในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคนหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพคือการเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ โดยการส่งเสริมให้มีปัจจัยสนับสนุนต่างๆ ที่ดีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาที่เจ็บป่วย โรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ความพิการที่หลงเหลืออยู่ แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม เป็นต้น รวมทั้งเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากผลกระทบของโรค จะทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพอใจในชีวิตลดลง (Ahlsio, et al., 1984 ; Neimi, et al. , 1988) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (Orem , 1986) ที่กล่าวถึงความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลจะขึ้นกับความสามารถในการดูแลตนเอง ถ้าบุคคลสามารถดูแลตนเองได้ดี บุคคลจะมีความพึงพอใจในชีวิตที่ดี โดยเฉพาะกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต เช่น การเคลื่อนไหว การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย เป็นต้น นอกนั้นยังขึ้นกับปัญหาและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความรู้สึกมีความสุขกาย สุขใจ ความเป็นอยู่ที่ดี ถึงแม้ว่าจะมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น มีความจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็ม

ศักยภาพ แต่บุคคลก็ยังสามารถรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีได้ ถ้าบุคคลนั้นสามารถปรับตัวต่อโรคและการ ดำเนินชีวิต ในสมดุคใหม่

จากอุบัติการณ์การเกิดโรคและผลกระทบของโรคดังกล่าว ผู้วิจัยและคณะจึงสนใจที่จะศึกษา ปัญหาและหาตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียง ผลการศึกษาครั้งนี้คาดว่า น่าจะเป็นแนวทางในแก้ไขปัญหาและสร้างรูปแบบพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งใน ภาคตะวันออกเฉียงและภาคอื่น ๆ ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียง
2. เพื่อหาตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียง

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
2. ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาต่อเนื่อง (Follow up) ที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่รับไว้รักษาซ้ำ (Re-admission) ใน โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในเขตภาคตะวันออกเฉียง ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี โรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลสระแก้ว โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราจีนบุรี โรงพยาบาลนครนายกและ โรงพยาบาลเมืองจะเชิงเทรา มีการรับผู้วิจัย สามารถเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารกันได้ ไม่จำกัดเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวน 390 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยและคณะสร้างขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ทราบปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียง
2. สามารถนำผลจากการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียง ได้
- 3.สามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุง แก้ไขและส่งเสริมการปฏิบัติกรรพยาบาลและระบบ การให้บริการสาธารณสุขได้

4. สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันให้แก่ นักศึกษานักศึกษาระดับสูงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาแพทย์ นักศึกษากายภาพบำบัด เป็นต้น

5. สามารถใช้เป็นแนวทางในการวิจัยและขยายขอบเขตความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองคุณภาพชีวิตและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง โรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคของระบบประสาทที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตกหรือตีบตัน ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง และปรากฏกลุ่มอาการ เช่น แขนขาชา อัมพาต หมดสติ เป็นต้น

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความพึงพอใจในชีวิต สามารถวัดได้โดยแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของชาน (Zhan, 1992) ซึ่งประกอบด้วยความพึงพอใจในชีวิต อึดทนในทัศน สุขภาพและการทำงานของร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจ

ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ข้อสงสัยหรือข้อที่ต้องพิจารณาแก้ไข ศึกษาโดยใช้แนวคิดของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม การพึ่งพาสังคม ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพ และปัญหาด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุสถานภาพสมรส การศึกษา
2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ อาชีพ รายได้และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ชนิดของที่พักอาศัย
3. การพึ่งพาสังคม หมายถึง ความสามารถเฉพาะบุคคลตามแนวคิดของบีโนเลียลและคณะ (Benoliel, et al., 1984) ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของลิตดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532)
4. ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย โรคแทรกซ้อน โรคประจำตัว ปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของโรค ชนิดของการรักษา การฟื้นฟูสภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพเฉลี่ยต่อเดือน ชนิดของการชำระค่ารักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลืออื่นใด ชนิดของผู้ดูแล
5. ปัญหาด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยและการมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าวิจัยและคณะได้ศึกษาและรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองและผลกระทบ
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองและผลกระทบ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Accident or Stroke) หมายถึง โรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทโดยมีสาเหตุโดยตรงจากการแตกหรือตีบตันของหลอดเลือดในสมอง ทำให้เกิดกลุ่มอาการทางระบบประสาทอย่างรวดเร็ว ได้แก่ อาการชาของแขนขา อัมพาต หมดสติ เป็นต้น กลุ่มอาการเหล่านี้จะเกิดแบบทันทีทันใด แสดงอาการอยู่ได้นานกว่า 24 ชั่วโมง และอาจรบกวนการทำหน้าที่ของสมองบางส่วนหรือทั้งหมด (สุขจันทร์ พงษ์ประไพ, 1997 ; พรชัย จุลเมตต์, 2540)

โรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งตามพยาธิสภาพได้ 2 ชนิด คือ

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

1.1 ขาดเลือดชั่วคราว (Transient Cerebral Ischemic or Ischemic Attacks) โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว จะเกิดอาการและอาการแสดงในระยะสั้น ๆ ไม่เกิน 24 ชั่วโมง เช่น ความผิดปกติทางความคิด ความจำ การรู้สึกตัว การควบคุมกล้ามเนื้อ หรือการรู้สัมผัส อาจเกิดเพียงข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย เมื่อระยะเวลาผ่านไปช่วงหนึ่งอาการจะหายไปจนไม่สามารถวินิจฉัยได้ในกรณีที่มีอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะอาการดีขึ้นเรื่อย ๆ จนหายเป็นปกติ เรียกว่า Reversible Ischemic Neurological Deficit (RIND) สาเหตุที่พบส่วนใหญ่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดและมีอัตราเสี่ยงสูงในคนที่เป็โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานชนิดเรื้อรัง โรคของหลอดเลือดที่ทำให้เลือดมีความหนืดสูง ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย คนอ้วน และผู้ที่สูบบุหรี่จัด

1.2 โรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดจากการตีบและอุดตัน (Cerebral Emboli and Thromboli) โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ เกิดจากหลอดเลือดสมองอุดตันจนขาดเลือดไปเลี้ยงเซลล์ประสาทสมอง การอุดตันของหลอดเลือดสมองอาจเกิดจากพยาธิสภาพของผนังหลอดเลือดที่หนาขึ้น หรืออาจจะเกิดจากมีก้อนเลือดมาอุดตันโดยตรง ทำให้สมองบางส่วนขาดเลือดและตายในที่สุด

การตีบของหลอดเลือดสมองเกิดจากการอุดตันของไขมันในหลอดเลือดที่จับบริเวณผนังของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็ง การอักเสบของหลอดเลือดแดงจากการติดเชื้อ และการที่มีเกร็ดเลือดมาจับบริเวณผนังหลอดเลือดมากผิดปกติ การตีบของหลอดเลือดส่วนใหญ่มักจะพบในคนที่มียุ่่มากกว่า 55 ปี

การอุดตันของหลอดเลือดสมอง มักเกิดจากก้อนเลือด ฟองอากาศ ก้อนไขมันที่เกิดจากการแตกหักของกระดูก การอุดตันของหลอดเลือดสมองนี้เกิดได้ทุกกลุ่มอายุ อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะมีความรุนแรงขึ้นอยู่กับขนาดของก้อนเลือดที่อุดตัน ตำแหน่งที่สมองขาดเลือด อายุของผู้ป่วย การปรับตัวของหลอดเลือดเส้นอื่นในสมองและปัจจัยร่วมอื่น ๆ

2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการแตกของหลอดเลือด (Intracerebral Hemorrhage) โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้เกิดจากการแตกของหลอดเลือดแดงในสมอง เลือดที่ออกจะแทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง ทำให้เกิดก้อนเลือดขนาดใหญ่ดันและเบียดเนื้อสมอง หรืออาจแตกเข้าไปในโพรงสมองหรือเข้าไปในช่องน้ำไขสันหลัง สมองบริเวณ รอบ ๆ ที่หลอดเลือดแตกจะขาดเลือดและบวม ทำให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า ของความดันปกติ (ปัญหา บุญศิริ, 2539) ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง และเสียหายที่โนที่สุด

โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ พบมากในผู้สูงอายุและผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พบอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 90 ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคโดยตรงและปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

1. ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 2-17 เท่าของคนปกติ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความดันไดแอสโตลิกสูงเกิน 130 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากร่างกายไม่สามารถปรับตัวให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้เพียงพอ (ปัญหา บุญศิริ, 2539)

2. โรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้สูงกว่าคนปกติ 2 เท่า เนื่องจากระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่สูงขึ้นจะทำให้หลอดเลือดแข็ง

3. โรคหัวใจ ผู้ป่วยที่มีปัญหาของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติ 2-5 เท่า เนื่องจากการทำงานของหัวใจที่ลดลงและการเกิดลิ่มเลือดในหัวใจ ซึ่งมีโอกาสหลุดลอยไปอุดตันหลอดเลือดในสมอง

นอกจากสาเหตุดังกล่าวแล้ว ยังพบว่ามียุ่เสี่ยงอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (นภาพรณี แก้วภรณ์, 2533) ได้แก่

1. อายุ จากการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะมีอัตราการเกิดเพิ่มเป็น 2 เท่า ในคนที่อายุมากกว่า 55 ปี

2. เพศ จากการศึกษาพบว่าในช่วงเจริญพันธุ์เพศชายมีอัตราการเกิดโรคสูงกว่าเพศหญิง แต่ภายหลังวัยเจริญพันธุ์พบว่าอัตราการเกิดโรคไม่แตกต่างกัน ซึ่งสันนิษฐานว่าเกิดจากผลของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen)

3. ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะโคเลสเตอรอล (Cholesterol) และเบตาไลโปโปรตีน (Betalipoprotien) ซึ่งเข้าไปจับผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็ง
4. โรคเลือด จากการศึกษาพบว่าถ้ามีระดับของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) สูงมากกว่า 15 mg% ในเพศชายและ 14 mg% ในเพศหญิง จะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงกว่าคนปกติ
5. การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากผลของนิโคติน (Nicotin) จะทำให้ต่อมหมวกไตหลั่งสารแคตตีโคลามีน (Catecholamine) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น และทำให้เกร็ดเลือดรวมตัวและเกาะกลุ่มกันแน่น จึงทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย
6. การดื่มสุรา จะทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ ซึ่งอาจทำให้เกิดลิ้มเลือดไปอุดตันหลอดเลือดสมอง นอกจากนั้นยังพบว่า การดื่มสุราจะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงและเกร็ดเลือดเกาะกลุ่มทำให้เลือดแข็งตัวเร็วขึ้นและทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง
7. ความอ้วนเชื่อว่ามีความสัมพันธ์กันโดยการทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในหลอดเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองตามมา
8. การรับประทานยาคุมกำเนิด จากการศึกษาพบว่าผู้หญิงที่รับประทานยาคุมกำเนิด มีโอกาสเกิดโรคสูงกว่าผู้หญิงทั่วไป 4-11 เท่า เนื่องจากผลของฮอร์โมน เอสโตรเจน จะทำให้หลอดเลือดหดตัว มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและเกิดหลอดเลือดแข็งตามมา
9. ปัจจัยอื่น ๆ เช่น ชาติการออกกำลังกาย หลอดเลือดสมองผิดปกติ เชื้อชาติ และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองถือว่าเป็นโรคเรื้อรังเนื่องจากทำให้เกิดความบกพร่องของร่างกาย เป็นโรคที่ถึงแม้จะสามารถรักษาให้อาการของโรคคงที่ได้แล้วแต่ก็ยังมีคามพิการหลงเหลืออยู่ อาการของโรคมีแนวโน้มที่จะเลวลงเนื่องจากพยาธิสภาพและความจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังจะทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาและการปรับตัวในด้านต่าง ๆ เช่น การรักษา การควบคุมโรค การป้องกันโรคแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดำเนินชีวิต

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ถ้าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว อาจพบเพียงการชาของแขนขา และอาการจะค่อย ๆ ดีขึ้นจนหายเป็นปกติ แต่ถ้ามีอาการรุนแรงมากจะทำให้เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วย โดยในสัปดาห์แรกจะตายด้วยสมองบวม สัปดาห์ที่ 3 จะตายด้วยปอดบวม (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534) ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจนรอดชีวิตและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะพบว่ามีอัตราการตายใน 3 เดือนแรก ร้อยละ 14 ในระยะ 6 เดือน ร้อยละ 19 และร้อยละ 87 จะเสียชีวิตภายใน 6 เดือน (Silliman, et al., 1987) ถ้าอาการไม่รุนแรงมากในระยะแรก ๆ ผู้ป่วยอาจจะไม่รู้สึกรู้สียง เนื่องจากภาวะสมองบวม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว สูญเสียความจำ สูญเสียรีเฟล็กซ์ สูญเสียการมองเห็น สูญเสียการรับความรู้สึก ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจนพ้นภาวะวิกฤตมาได้ ผู้ป่วยก็อาจยังมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ เช่น ภาวะอัมพาต กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวผิดปกติ

เป็นต้น จากการศึกษาากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีชีวิตรอด ร้อยละ 80 จะยังคงเหลือความผิดปกติของร่างกายที่สามารถฟื้นฟูสภาพได้ ร้อยละ 10 จะไม่สามารถฟื้นฟูสภาพได้ และอีกร้อยละ 10 สามารถหายเป็นปกติได้ (สุขจันทร์ พงษ์ประไพ, 1997)

ผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองในรายที่สามารถรอดชีวิตและอยู่ในระยะฟื้นฟู สามารถแบ่งได้ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วย

1.1 ผลกระทบต่อพัฒนาการ ผลกระทบที่เกิดจากพยาธิสภาพที่ยังหลงเหลืออยู่จะทำให้พัฒนาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ ในวัยผู้ใหญ่จะเป็นช่วงที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมบูรณ์เต็มที่แล้ว ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอายุอยู่ระหว่าง ปี ซึ่งในวัยนี้ผู้ป่วยจะกำลังประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน แต่งานมีครอบครัวแล้ว กำลังอยู่ในช่วงของการเลี้ยงดูบุตรหลาน มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ตามพัฒนาการของชีวิต จากผลดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความขัดแย้งในตนเอง เกิดความเครียด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น

1.2. ผลกระทบด้านร่างกาย

1.2.1 การเคลื่อนไหวผิดปกติ ความผิดปกติที่พบได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก อ่อนแรงครึ่งซีก ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายด้านที่อ่อนแรงได้ ทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งกาย การเคลื่อนไหว เป็นต้น ในรายที่มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อจะทำให้เกิดความเจ็บปวด และจะเจ็บปวดมากขึ้นเมื่อเคลื่อนไหว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงยังมีความจำกัดในการเคลื่อนไหวมากขึ้นและก่อให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนตามมา นอกจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและความเจ็บปวดแล้ว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักจะมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งผลของโรคจะทำให้เหนื่อยง่ายและฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคดังกล่าวบางชนิดจะทำให้ผู้ป่วยวิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย จึงยังทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวมากขึ้น

1.2.2 การรับประทานอาหาร ผลของโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคี้ยวและกลืนอาหารได้ตามปกติ ผู้ป่วยอาจมีปัญหาดูดอาหารและน้ำ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยลง การดูดซึมสารอาหารลดลง และเบื่ออาหารเนื่องจากภาวะจิตใจและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากการขาดสารอาหารและน้ำแล้วผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาแทรกซ้อนของระบบหายใจเนื่องจากการสำลักเศษอาหารเข้าไป โดยเฉพาะภายหลังเกิดโรคในช่วง 2-3 วันแรก จะสูญเสียรีเฟล็กซ์ในการกลืนและขย้อน ดังนั้นในระยะแรก ๆ จึงจำเป็นต้องงดน้ำงดอาหารทางปาก และควรได้รับการทดแทนสารอาหารทางหลอดเลือดดำ

1.3.3 การพูดและสื่อสาร มักจะพบปัญหาในการพูดและการใช้ภาษา เนื่องจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะทำให้สมองส่วนการรู้และจำเสียหน้าที่ นอกจากนั้นอาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูด ลักษณะปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพูดและการสื่อสาร สามารถแบ่งตามรอยโรคได้ดังนี้ (Jordan & Kaiser, 1996) คือ

1.2.3.1 ชนิดโบรคา (Broca's Aphasia) ผู้ป่วยจะสามารถรู้ความหมาย และเข้าใจภาษาพูด ภาษาเขียน แต่จะพูดตะกุกตะกัก ไม่คล่องแคล่ว มีความจำกัดในการใช้คำพูด แต่ยังสามารถใช้ภาษาได้ถูกต้อง

1.2.3.2 ชนิดเวอร์นิคเก (Wernicke's Aphasia) ผู้ป่วยจะมีความจำกัด ในการฟัง ขาดความสามารถในการเข้าใจภาษาพูดและภาษาเขียน พูดไม่ชัด แต่จะพูดเร็วและบางครั้งจะผิด ความหมาย เช่น พูดถึงเท้าแต่จะใช้คำว่า "มือ" เป็นต้น

1.2.3.3 ชนิดคอนดัคชั่น (Conduction Aphasia) จะมีลักษณะคล้ายกับ ชนิดเวอร์นิคเก (Wernicke's Aphasia) แต่จะดีกว่า กล่าวคือ ผู้ป่วยจะเข้าใจภาษาพูดและการฟังได้ดีกว่า ยังคงพูดเร็วแต่ชัดเจนกว่า

1.2.3.4 ชนิดอนิมิค (Anomic Aphasia) ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการ เลือกคำที่จะพูด แต่ยังสามารถใช้ภาษาพูดได้ถูกต้องและเข้าใจภาษาพูด

1.2.3.5 ชนิดโกลบอล (Global Aphasia) ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการใช้ ภาษาทั้งการพูด การฟัง การอ่าน และการเขียน

นอกจากนี้อาจพบปัญหาด้านการพูดและการสื่อสารชนิดพูดลำบาก ได้แก่ การพูดไม่ชัด เสียงขึ้น จมูก จังหวะการพูดซ้ำ พูดแบบไม่มีระดับเสียง โดยมีสาเหตุจากความผิดปกติของสมองน้อย (Cerebellum) ทำให้ประสาทควบคุมกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูดเสียไป

1.2.4 การขั้บถ่าย ความผิดปกติที่พบ ได้แก่

1.1.4.1 การขั้บถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบทั้งภาวะ ท้องผูกและภาวะอุจจาระร่วง ผู้ป่วยจะท้องผูก เนื่องจากได้รับอาหารที่มีกากใยน้อย ในระยะแรก ๆ ผู้ป่วยมักจะ ได้รับสารอาหารและน้ำทางหลอดเลือดดำ หลังจากที่ระบบการย่อยและดูดซึมมีประสิทธิภาพแล้วมักจะเปลี่ยน เป็นอาหารทางสายยางซึ่งจะมีกากใยน้อย นอกจากนี้การเคลื่อนไหวที่ลดลงก็จะเป็นปัจจัยเสริมทำให้เกิดภาวะ ท้องผูกง่ายขึ้น สำหรับภาวะอุจจาระร่วง อาจพบได้ในรายที่อาหารไม่ย่อยและได้รับอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อโรค

2.4.2 การขั้บถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะพบ ความผิดปกติของการขั้บถ่ายปัสสาวะ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขั้บ ถ่ายปัสสาวะ ในระยะแรก ๆ กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะจะสูญเสียความตึงตัว ทำให้มีปัสสาวะคั่ง จึงต้อง สอนปัสสาวะให้ ปัญหาที่พบตามมาคือการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ และอาจพบปัญหาไม่สามารถควบคุม การขั้บถ่ายปัสสาวะ

1.2.5 การพักผ่อน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบปัญหา การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีผลมา จากการนอนท่าเดียววนาน ๆ ทำให้เกิดความเมื่อยล้า ไม่สุขสบาย จึงทำให้นอนไม่หลับ หรือหลับได้เพียงช่วงสั้น ๆ

1.2.6 ความจำเสื่อม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาความจำเสื่อม เนื่อง จากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับสมอง ทำให้สมองสูญเสียหน้าที่ในการคิดความทรงจำ ถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ ง่าย การตัดสินใจขาดประสิทธิภาพ ขาดความสามารถในการแก้ปัญหาและใช้เหตุผล ไม่สามารถเชื่อมโยงการ

เรียนรู้ต่าง ๆ ได้ อาจเกิดขึ้นได้ทั้งการหลงลืมความจำในอดีตและความจำที่เพิ่งเกิดขึ้น ผู้ป่วยอาจจำสิ่งของหรือคนที่ตนเองรู้จักคุ้นเคยไม่ได้ และไม่สนใจสภาพแวดล้อม ซึ่งผลของการเรียนรู้และความจำที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา

1.2.7 การรับรู้ความรู้สึกลดลง ปัญหาที่พบบ่อยคือ การมองเห็นไม่ชัดเจน ตามัว มองเห็นภาพซ้อน มองไม่เห็น กระยะไม่ถูก และมองเห็นเพียงด้านที่ติดด้านเดียวจึงทำให้ผู้ป่วยลืมด้านที่มีพยาธิสภาพ ไม่สนใจด้านตรงข้ามที่มีพยาธิสภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยละเลยการฟื้นฟูสภาพและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำได้ด้วยตนเองรวมทั้งไม่ระมัดระวังอุบัติเหตุในด้านเดียวกับที่มีพยาธิสภาพ นอกจากนี้ผู้ป่วยจะสูญเสียการรู้สัมผัสในด้านที่อ่อนแรง ไม่รับรู้ความเจ็บปวด ร้อน เย็น ซึ่งอาจจะทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะด้านที่มีพยาธิสภาพได้ง่าย

1.2.8 ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เนื่องจากผลของกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรืออัมพาต จึงทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวลดลง ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่

1.2.8.1 แผลกดทับ เนื่องจากการนอนท่าเดียนาน ๆ ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกกดทับขาดเลือดไปเลี้ยง รวมทั้งผลของการเคลื่อนไหวที่ลดลง ทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ลดลง จึงทำให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น

1.2.8.2 การติดเชื้อในทางเดินหายใจ เนื่องจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยควบคุมการหายใจ ทำให้ปอดทำงานได้ไม่เต็มที่ รวมทั้งเสี่ยงต่อการเกิดการสูดสำลักเศษอาหารเข้าไปในปอดและการต้องนอนบนเตียงตลอดเวลา ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ยิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้น

1.2.8.3 ปัญหาข้อติดและกล้ามเนื้ออ่อนแรง เนื่องจากการไม่ได้ใช้งานตามปกติ จึงทำให้เกิดการติดของข้อ ทำให้กล้ามเนื้อลีบและนอกจากนั้นถ้าผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ก็ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อลีบง่ายขึ้น

1.2.8.4 ปัญหาอุบัติเหตุ ได้แก่ หกล้ม ตกเตียง ผู้ป่วย มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากไม่สามารถควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ รวมทั้งอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นร่วมด้วย

1.2.8.5 การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ จึงอาจต้องสวนคาสายสวนปัสสาวะไว้หรือสวนเป็นครั้งคราว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย

1.2.8.6 การติดเชื้อของผิวหนังและแผล เนื่องจากผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล จึงทำให้เกิดการหมักหมมของเชื้อโรคตามซอกและมุมอับชื้นของร่างกาย นอกจากนี้ในภาวะควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ เมื่อถ่ายออกมาแล้วไม่ได้รับการดูแลทำความสะอาดที่ดีพอ ก็จะทำให้มีโอกาสติดเชื้อง่ายขึ้น

1.3 ผลกระทบด้านด้านจิตใจ

1.3.1 ความกลัวและวิตกกังวล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะกลัวและวิตกกังวล เนื่องจากสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง กลัวความพิการ กลัวเกิดโรคซ้ำซ้อน กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ดูแล กลัวความทุกข์ทรมานจากโรค มีความวิตกกังวลต่อความไม่แน่นอนในอนาคต (นภาพรณี แก้วภรณ์, 2532; พรชัย จุลมณี, 2540; สุธีรา ตั้งตระกูล, 2537) ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมออกมาโดยการนอนไม่หลับ หงุดหงิด เรียกร้องความสนใจ

1.3.2 ความซึมเศร้า ความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เป็นปัญหาที่สำคัญโดยพบว่าเกือบร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะเกิดตั้งแต่ในระยะเฉียบพลันและร้อยละ 20 จะยังคงปรากฏอาการภายหลังเจ็บป่วย 1 ปีผ่านไป (Kirkevold, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฟีเบลและสปริงเกอร์ (Feibel & Springer, 1982) ที่พบว่า ร้อยละ 26 ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจะมีอาการซึมเศร้าภายใน 6 เดือน และการศึกษาของโรบินสัน โบลด์ค และไพร์ช (Robinson, Bolduc & Price, 1987) พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มป่วยและอาการซึมเศร้าจะอยู่นาน 7 ถึง 8 เดือน จะมีอาการรุนแรงในช่วง 6 เดือนถึง 2 ปี เนื่องจากผู้ป่วยจะรู้สึกไร้คุณค่า เป็นภาระของครอบครัวและสังคม ขาดคนสนใจ รู้สึกมีปมด้อย ผู้ป่วยจะหงุดหงิดง่ายและสนใจตนเองลดลง ทำให้ฟื้นฟูสภาพได้ไม่ดี และมีภาวะแทรกซ้อนตามมา

1.3.3 ความรู้สึกสูญเสีย ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียความมั่นใจ ความมีคุณค่าในตนเอง สูญเสียการควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียสมรรถภาพทางเพศ ผู้ป่วยอาจแสดงออกมาในลักษณะก้าวร้าว โดยการใช้คำพูดหยาบคาย ทำร้ายบุคคลอื่น ทำลายข้าวของ บางรายอาจแสดงออกมาในรูปการวางอำนาจ ตูณผู้อื่น รุ้จี้ และเรียกร้องความสนใจ (นภาพรณี แก้วภรณ์, 2532 ; สุธีรา ตั้งตระกูล, 2537)

1.1.3. ผลกระทบด้านสังคมของผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะรู้สึกว่าเหว่ ล้มหวัง เนื่องจากความจำกัดในด้านต่าง ๆ เช่น จำกัดในการเคลื่อนไหว จำกัดในด้านการสื่อสาร การรับรู้ การคิด การตัดสินใจ มีปัญหาในการสร้างสัมพันธ์ภาพใหม่ ๆ และคงสัมพันธ์ภาพเดิมกับครอบครัวและเพื่อนฝูง (สุธีรา ตั้งตระกูล, 2537 ; ฟารีดา อิบราฮิม, 2539) ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะทำให้บทบาทของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงทั้งในครอบครัว และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเป็นภาระต่อครอบครัวทั้งการดูแลทั่วไปและการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในครอบครัวที่ฐานะของเศรษฐกิจไม่ดี ผู้ป่วยอาจถูกทอดทิ้ง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาซ้ำซ้อนมากขึ้น และอาจต้องเข้าไปรับการรักษาพยาบาลอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานดูแลต่าง ๆ ของรัฐบาล ซึ่งรัฐบาลจะต้องเพิ่มงบประมาณเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น

1.4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ผลกระทบของโรคจะทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดการณ์ในอนาคตได้ บางรายอาจรู้สึกสิ้นหวัง ทอดอาลัยในชีวิตและไม่มีกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ จึงทำให้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงและซับซ้อนขึ้น ถ้าผู้ป่วยยังคงมีความหวังและมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะความเชื่อทางศาสนา ก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น

2. ผลกระทบต่อครอบครัว

โรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย กล่าวคือ

2.1 บทบาทของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นทั้งตัวผู้ป่วย และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวที่ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวและเป็นผู้หารายได้เลี้ยงครอบครัว เมื่อหัวหน้าครอบครัวเกิดความเจ็บป่วย สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวต้องปรับบทบาทมาเป็นผู้หารายได้แทน บางคนต้องปรับบทบาทมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวบางคนอาจสูญเสียโอกาสในการทำงาน สมาชิกที่อยู่ในวัยเรียนอาจสูญเสียโอกาสในการเรียนเนื่องจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 ความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลง ซึ่งมักจะเกิดตามหลังการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงบทบาทของสมาชิกในครอบครัว รายได้ที่ลดลง และการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความขัดแย้ง ความตึงเครียดในครอบครัว ในบางครอบครัวอาจเกิดผลในทางตรงข้าม กล่าวคือมีความสัมพันธ์ในครอบครัวเหนียวแน่นมากขึ้น เนื่องจากต้องเผชิญปัญหาร่วมกัน เห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น

2.3 ความตึงเครียดและซึมเศร้าในครอบครัว เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ เช่น ความไม่แน่นอนของโรค การรักษา การวินิจฉัยโรค ความก้าวหน้าของโรคและการรักษา การต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วย ทรอน (Thome, 1993 อ้างในสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) พบว่าครอบครัวจะรู้สึกเครียดเพิ่มขึ้นเมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับไปรักษาพยาบาลได้ที่บ้าน เนื่องจากต้องเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ ส่วนคูรา (Dura, et al., 1990 อ้างในสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) พบว่าครอบครัวจะรู้สึกซึมเศร้าถ้าผู้ป่วยต้องถูกส่งไปรับการรักษาในสถานพักฟื้น

3. ผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่รัฐบาลต้องมีการวางแผนและเตรียมการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากลักษณะของความเจ็บป่วยจะทำให้กระทบกับประเทศชาติโดยตรง ผลของความเจ็บป่วยที่กระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่

3.1 นโยบายในการให้บริการด้านสุขภาพและสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ เช่น การให้บริการคลินิกเฉพาะโรค การให้บริการฟื้นฟูสุขภาพภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน การจัดโครงการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในที่สาธารณะแก่ผู้ป่วยที่หลงเหลือความพิการ การจัดสวัสดิการด้านต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นต้น

3.2 การเตรียมบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ เพื่อดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน รวมทั้งมีการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนในชุมชน เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความซับซ้อนในการรักษาพยาบาล ทีมสุขภาพที่ทำงานกับผู้ป่วยควรมีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะเกี่ยวกับโรค การรักษา และการฟื้นฟูเป็นอย่างดี รวมทั้งมีความอดทนในการดูแลระดับประคองจนกว่าผู้ป่วยและครอบครัวจะสามารถดูแลตนเองได้ดี

จากผลกระทบดังกล่าวของโรคหลอดเลือดสมอง เป้าหมายในการดูแลรักษาพยาบาลจึงเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มนุษย์ทุกคนรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของตนเอง จากความรู้สึกมีความสุข มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต มีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง แต่เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะทำให้การรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม แต่ถ้าบุคคลนั้น ๆ สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น บุคคลก็ยังสามารถรับรู้ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้เช่นเดิม ทั้งนี้ นอกเหนือจากการปรับตัวที่ดีแล้วบุคคลนั้น ๆ ยังต้องมีปัจจัยสนับสนุนอื่น ๆ ทั้งภายในตนเองและปัจจัยภายนอก

คำว่า "คุณภาพชีวิต" ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย เช่น

แพดิลลา และคณะ (Padilla, et al., 1990) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงการที่บุคคลแต่ละคนประเมินลักษณะชีวิตของตนเองว่าดีหรือไม่ดี

เฟอร์แรน และคณะ (Ferran, et al., 1985) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะที่บุคคลแต่ละคนรู้สึกมีความสุข รู้สึกพึงพอใจหรือไม่พอใจในการดำเนินชีวิตของตนเอง

เซลลา (Cella, 1991) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงความพอใจที่เกิดจากการเปรียบเทียบระหว่างความไฝ่ฝัน ความคาดหวัง และการปฏิบัติได้ในชีวิตจริง ถ้าสามารถปฏิบัติได้จริงใกล้เคียงกับคาดหวังหรือที่ไฝ่ฝันไว้ แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี

แพทเทอร์สัน (Patterson, 1985 cited in Homles & Dickenson, 1987) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรม มีความหมายซับซ้อน เป็นการแสดงถึงการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล ซึ่งจะช่วยให้บุคคลดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

ชาน (Zhan, 1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ ระดับความน่าพอใจ ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

โอเร็ม (Orem, 1985) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก (well being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

ประกา รัตนเมธานนท์ (2532) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of Well Being) ความหมายใกล้เคียงกับความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) และความสุข (Happiness) ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวของบุคคล

ธนพร ศนิบุตร (2540) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล ตามสถานภาพที่ตนดำรงอยู่จากการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลคนนั้น ไม่เพียงแต่ความสุขสบายทางกาย แต่รวมถึงการยอมรับเรื่องความเป็นอยู่ที่ดี ความพึงพอใจในขั้นพื้นฐานและความรู้สึกที่ตนเองมีค่า คุณภาพชีวิตของแต่ละคนจะแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

จากแนวคิดดังกล่าว จึงพอจะสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่บุคคลแต่ละคนสามารถรับรู้ถึงความสุข ความพึงพอใจ การบรรลุสิ่งที่คาดหวัง การได้รับการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลจะขึ้นอยู่กับ การยอมรับ ประสบการณ์ในชีวิต วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของบุคคล ๆ นั้น

องค์ประกอบและการประเมินคุณภาพชีวิต

จากการให้ความหมายที่แตกต่างกันของคำว่า "คุณภาพชีวิต" ทำให้เกิดแนวคิดในการจำแนกองค์ประกอบและการประเมินคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันแต่ทางด้านสาธารณสุข การจำแนกองค์ประกอบและการประเมินคุณภาพชีวิตสามารถจัดกลุ่มแนวคิดได้ 2 กลุ่ม (Lubkin, 1995) คือ

1. คุณภาพชีวิตแบบองค์รวม แนวคิดนี้เชื่อว่าคุณภาพชีวิตของบุคคล จะต้องประเมินโดยตนเองและการรับรู้คุณภาพชีวิตจะสะท้อนออกมา โดยภาพรวมทั้งด้านการรับรู้ เป้าหมาย การให้คุณค่า การรับรู้ของบุคคลในเรื่องความพึงพอใจในชีวิตจะไม่สามารถแยกออกเป็น ส่วน ๆ ได้ ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตจึงควรออกมาในภาพรวม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแคนทริล (Canttil, 1965 อ้างใน วารี กังใจ, 2540) แคนทริลได้สร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เรียกว่ามาตรวัดความพึงพอใจแบบขั้นบันไดขึ้นมา เพื่อให้บุคคลประเมินตามการรับรู้ของตนเอง มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 ถ้าบุคคลประเมินที่ระดับขั้นบันไดต่ำหมายความว่าคุณภาพชีวิตไม่ดี แต่ถ้าบุคคลประเมินที่ระดับขั้นบันไดสูงหมายความว่ามีความหมายว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของแคนทริลนี้ ปัจจุบันยังนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย

2. คุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ แนวคิดนี้เชื่อว่าการที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่นั้นบุคคลควรประเมินด้วยตนเองจากหลาย ๆ องค์ประกอบ เพราะจะทำให้เห็นภาพชัดเจนและถูกต้องมากกว่าการมองภาพรวมเพียงอย่างเดียว มีผู้เห็นด้วยกับแนวคิดนี้มากมาย เช่น ฟลานาแกน (Flanagan, 1976 อ้างใน จีรภา รัตนกิจ, 2540) เชื่อว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีพัฒนาการที่สมบูรณ์ และการมีสัมพันธภาพ สำหรับแพดิลลาและแกรนต์ (Padilla & Grant, 1985) เชื่อว่าคุณภาพชีวิตน่าจะประกอบด้วยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัว เป็นต้น

ซาน (Zhan, 1992) ได้รวบรวมแนวคิดของนักวิจัยที่สนใจในเรื่องคุณภาพชีวิตและสรุปว่าคุณภาพชีวิตควรประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่

1. ความพึงพอใจในชีวิตในเรื่องทั่วไป ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อมและครอบครัว
2. ด้านอัตมโนทัศน์ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง ได้แก่ รูปร่างหน้าตา บุคลิกภาพ ความหวัง การยึดมั่นในศาสนา การยอมรับ รับรู้ถึงคุณค่าของ ตนเอง
3. ด้านสุขภาพและหน้าที่ของร่างกาย หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพความสามารถด้านร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของการศึกษา อาชีพ และรายได้

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยและคณะเลือกใช้นิยามคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติตามแนวคิดของชาน (Zhan, 1992) เพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก เนื่องจากต้องการศึกษารายละเอียดเพื่อหาความสัมพันธ์กับปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสรุปแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังนี้

1. ความพึงพอใจในชีวิต เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้โดยการเปรียบเทียบความ คาดหวัง ความปรารถนาที่ตั้งไว้กับความสำเร็จที่ได้รับ (Cella, 1991) ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่ผ่านกระบวนการรับรู้ต่อความจริงหรือสิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิต อาจเปลี่ยนแปลงได้จากอิทธิพลของปัจจัยภายนอก เช่น ภูมิหลังของแต่ละบุคคล ลักษณะเฉพาะ สิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพ เป็นต้น โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นกลุ่มคนที่มีอายุอยู่ในช่วงของวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ ซึ่งวัยนี้ได้ผ่านประสบการณ์ในชีวิตมายาวนาน มีความเจริญงอกงามในชีวิต บางรายอาจจะอยู่ในช่วงการทำงานที่กำลังได้รับการยอมรับและประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน ได้รับการยกย่องจากสังคมทั้งด้านความรู้ ความสามารถ เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยหลงเหลือความพิการ ขาดความสามารถปฏิบัติหน้าที่ทั้งด้านพื้นฐาน การทำหน้าที่ในครอบครัวและสังคม ในรายที่มีการต้องดูแลบุตรที่อยู่ในวัยเรียน อาจจะรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับภาระของตนเอง ห่วงใยบุตรหลานกลัวจะเสียอนาคต ผู้ป่วยบางรายเป็นหัวหน้าครอบครัว มีหน้าที่หาเลี้ยงครอบครัว อาจทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับตนเองและครอบครัว อาจรู้สึกละอายที่ไม่อาจดูแลครอบครัวได้เช่นเดิม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำตามที่คุณป่วยมุ่งหวังไว้จนสำเร็จ ซึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดของเซลลา (Cella, 1991) และแนวคิดของมาสโลว์ (Maslow อ้างใน สุธิดา กาญจนรังสี, 2538) ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจของมนุษย์ขึ้นอยู่กับ การได้รับการตอบสนองจนบรรลุวัตถุประสงค์ที่ปรารถนา ความต้องการของมนุษย์จะขึ้นอยู่กับความต้องการพื้นฐานและเพิ่มความต้องการไปสู่ความมั่นคงปลอดภัย การได้รับการยอมรับนับถือ มีคุณค่า และการต้องการสำเร็จในชีวิต ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถได้รับการตอบและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบหลายมิติ สามารถสรุปได้ดังนี้สนองตั้งแต่ในขั้นความต้องการด้านพื้นฐานได้อย่างเต็มที่ เช่นภาวะปกติ ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการตอบสนองทั้งในขั้นต่ำจนถึงขั้นสูง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึงน่าจะเปลี่ยนแปลง

2. อึดมโนทัศน์ เป็นสิ่งที่บอถึงความเป็นปกติสุขทางด้านจิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่าและภาพลักษณ์ของตนเอง โดยที่อึดมโนทัศน์ เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่มีต่อตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง ความเชื่อและความรู้สึกเหล่านี้มีต้นกำเนิดมาจากการรับรู้ปฏิกริยาและพฤติกรรมของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง อึดมโนทัศน์เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้ผู้ป่วยเป็นผู้พิการ ถ้าอยู่ในสังคมที่ให้ความสำคัญและให้คุณค่าด้านความสามารถของบุคคล ผู้ป่วยจะมีคุณค่าลดลงถูกสังคมทอดทิ้ง

ขาดคนเอาใจใส่เหลือวแล เนื่องจากมีความสามารถจำกัด ตัวผู้ป่วยเองก็จะมองเห็นคุณค่าตนเองลดลงเช่นกัน เนื่องจากต้องปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองจากผู้ให้การพึ่งพา เป็นผู้พึ่งพาอาศัยผู้อื่น ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกอับอายที่ตนเองพิการ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดังเดิม รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ความเป็นเอกลักษณ์ จากความรู้สึกทั้งของผู้ป่วยเองและสังคมรอบด้าน อาจจะทำให้ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป

3. สุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นการรับรู้ถึงความเป็นปกติด้าน ร่างกาย การที่บุคคลจะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขนั้นจะต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งคือ สุขภาพและการทำงานของร่างกายที่ดี เพราะการมีสุขภาพดี มีร่างกาย แข็งแรง สามารถกระทำการต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง สามารถนำไปสู่ความสุขและความสำเร็จในชีวิต อาจกล่าวได้ว่า สุขภาพดีคือคุณภาพชีวิตดีนั่นเอง ขานได้กล่าวสรุปไว้ว่า สุขภาพเป็นประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม สามารถวัดได้จากความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมี ความจำกัด เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงด้านใดด้านหนึ่ง จึงทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีความทุกข์ทรมานจากโรค มีความพิการ และภาวะแทรกซ้อน ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป และต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ความพึงใจในชีวิตของผู้ป่วยจึงน่าจะเปลี่ยนแปลง

4. สังคมและเศรษฐกิจ สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมบุคคลแต่ละคนจะประกอบด้วย การประกอบอาชีพ การศึกษา และรายได้ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย รู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ดังเดิม ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ทำให้กระทบต่ออารมณ์และการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งอาจเกี่ยวพันถึงครอบครัว ทำให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี มีการทะเลาะวิวาทกันในครอบครัว ขาดความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนงานหรือตงงาน ซึ่งจะทำให้บทบาทหน้าที่ในสังคมและครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้การรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมายของคำว่า ปัญหา (น.) หมายถึง ข้อสงสัย ข้อที่ต้องพิจารณาแก้ไข (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2525 : 527)

จากแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่เชื่อว่ามนุษย์แต่ละคนมีความหมายมากกว่าการรวมกันของอวัยวะต่าง ๆ เข้าเป็นหน่วยเดียวกัน มนุษย์เป็นองค์ประกอบที่ผสมผสานระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม (ทัศนาศ นฤทอง, 2532) ดังนั้นการศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งปัญหาของมนุษย์ จึงต้องกระทำพร้อม ๆ กันทุก ๆ ด้านในเวลาเดียวกัน

ในการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยและคณะได้แบ่งการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยที่อาจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตจากปัจจัยต่าง ๆ ออก 5 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล การพึ่งพาสังคม ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย และปัจจัยด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพ

1. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล

ปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่

1.1 เพศ เพศเป็นปัจจัยที่บ่งถึงความแตกต่างทางด้านสรีระเป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ในสังคม ดังนั้นเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อการเผชิญปัญหาการปรับตัวและการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิต สอนธยา พิชัยกุล (2533) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการจัดของเสียทางเยื่อของห้องเพศหญิงจะรับรู้ความผาสุกในชีวิตดีกว่าเพศชาย แต่ นิรมัย ใช้เทียมวงศ์ (2535) และสุธาทิพย์ อุปลาบติ (2537) พบว่า เพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาว ดังนั้นเพศจึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 อายุ อายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตและมีผลต่อการเผชิญปัญหา รวมทั้งการรับรู้คุณภาพชีวิต (Zhan, 1992) ทศนีย์ จินางกูร (2530) พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวรที่มีอายุแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน ไนมิ และคณะ (Neimi et al. 1988) พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่สูงอายุมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า ซึ่งแตกต่างจาก สุธาทิพย์ อุปลาบติ (2537) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาวที่อายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่า ดังนั้นอายุจึงน่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.3 สถานภาพสมรส สถานภาพสมรสเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงสถานภาพของระบบครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือจากคู่สมรส แบ่งเบาภาระความรับผิดชอบ ให้คำปรึกษา ช่วยลดความเครียด ช่วยส่งเสริมและให้กำลังใจทำให้เกิดความมั่นคงในอารมณ์ และสามารถแก้ไขปัญหาได้ง่ายขึ้น ซึ่งจะส่งผลถึงการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี จีรภา รัตนกิจ (2540) พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่เป็นโสด หม้าย หย่า และแยก ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของ อารีรัตน์ อุลิส (2539) และ ธนพร ศนิบุตร (2540) ศึกษาในสตรีวัยหมดประจำเดือนจังหวัดอ่างทอง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ดังนั้นสถานภาพสมรสจึงน่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.4 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยเสริมให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม ระดับการศึกษาจะเกี่ยวข้องกับอาชีพ รายได้ ค่านิยม ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต ฉัตรวลัย ไชอารีย์ (2533) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่ง และ สุธาทิพย์ อุปลาบติ (2537) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาวที่มีระดับการศึกษาสูงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ ดังนั้นระดับการศึกษาจึงน่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ

2.1 การประกอบอาชีพ การประกอบอาชีพเป็นปัจจัย หนึ่งที่ทำให้มนุษย์รู้สึกถึงความมีคุณภาพชีวิต เนื่องจากการประกอบอาชีพทำให้มนุษย์รู้สึกคุณค่าของตนเอง มีบทบาทและสถานภาพทางสังคม และมีรายได้ของตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น นอกจากนั้นในสังคมมนุษย์ยังให้คุณค่าของกการประกอบอาชีพแต่ละอาชีพแตกต่างกัน ผู้ที่ประกอบอาชีพที่อาศัยความรู้ความสามารถ จะถูกตีค่าทางสังคมสูงและมีรายได้มากกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพที่ใช้แรงงาน สุธิดา กาญจนรังสี (2538) พบว่า ผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขาที่ประกอบอาชีพมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่สูญเสียแขนขาที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

2.2 รายได้ รายได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตและการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ถ้ามีรายได้เพียงพอก็สามารถที่จะจัดหาสิ่งของและเครื่องอำนวยความสะดวกให้แก่ตนเองและครอบครัวได้ โดยเฉพาะในช่วงที่มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องมีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นทั้งค่ารักษาพยาบาลและในการดำเนินชีวิต ในบางครอบครัวถ้าผู้ป่วยคือผู้หารายได้ ก็จะทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต เมเยอร์โรวิท และคณะ (Meyerowitz et al. อ้างใน จีรภา รัตนกิจ, 2540) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัดจะมีคุณภาพชีวิตต่ำลงเมื่อมีรายได้น้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ พวงผกา ชื่นแสงเนตร (2538) อารีรัตน์ อุทิศ (2539) และ จีรภา รัตนกิจ (2540) ดังนั้นรายได้ของครอบครัวจึงน่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.3 ค่าใช้จ่าย ในสภาพสังคมไทยปัจจุบัน การดำเนินชีวิตของทุกคนจะต้องมีการซื้อสิ่งของและบริการ ผู้ที่อยู่ในสังคมจึงต้องใช้จ่ายเงินในเรื่องต่าง ๆ เช่น เครื่องอุปโภคบริโภค การสาธารณูปโภค การบริการต่าง ๆ ของสังคม ถ้ามีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นครอบครัวจะต้องใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าจ้างคนดูแล และอื่น ๆ ซึ่งการใช้จ่ายเหล่านี้จะทำให้ค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น จึงน่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.4 สถานที่พักอาศัย สถานที่พักอาศัยเป็นหนึ่งในสี่ปัจจัยพื้นฐานจำเป็นสำหรับมนุษย์ การพักอาศัยในบ้านของตนเอง จะทำให้รู้สึกอบอุ่น มีความปลอดภัย และรู้สึกมั่นคงในชีวิต (Maslow อ้างใน สุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2541) ดังนั้นสถานที่พักอาศัยจึงน่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. การพึ่งพาสังคม

การพึ่งพาสังคม เป็นดัชนีบ่งชี้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความสามารถในการคิด อ่าน เขียน จำ ความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (Orem, 1986) ที่กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลงเมื่อเกิดเจ็บป่วย ส่วนอัลลิสโอและคณะ (Ahlsio et al., 1984) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พึ่งพาตนเองได้จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น แต่จากการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ดังนั้นการพึ่งพาสังคมจึงยังคงน่าจะศึกษาว่ามีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่

4. ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย

4.1 ระยะเวลาที่เป็นโรค มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์ต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวเพื่อทำความคุ้นเคยกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ นอกจากนั้นระยะเวลาที่ยังมีส่วนในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถกลับสู่สมดุเดิมหรือสมดุใหม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้นและส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล สุริดา กาญจนรังสี (2538) พบว่า ระยะเวลาที่สูญเสียขาของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นระยะเวลาของการเป็นโรคจึงน่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.2 ระดับความรุนแรงของโรค จะมีผลต่อการช่วยเหลือตนเอง ในรายที่มีความรุนแรงของโรคระดับมาก จะทำให้เกิดความพิการจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งจะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง

4.3 ปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของโรค เช่น พุดไม้ขีด มองเห็นภาพซ้อน ฯลฯ ปัญหาที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองนี้จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เช่น การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นลดลง ไม่สามารถอ่านหนังสือหรือมองเห็นได้ตามปกติ เป็นต้น นอกจากนี้อาจจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง รู้สึกอับอาย ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง

4.4 โรคประจำตัว เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลต่อสุขภาพมากขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น การดูแลตนเองมีความซับซ้อนมากขึ้น ประภาพร จินันทุยา (2536) พบว่า โรคประจำตัวมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง ดังนั้นโรคประจำตัวจึงน่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.5 ปัญหาโรคแทรกซ้อน โรคแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แผลกดทับ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อของผิวหนังและแผล การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่าง ๆ กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็งและบวมบริเวณปลายมือปลายเท้า ซึ่งปัญหาโรคแทรกซ้อนเหล่านี้จะทำให้การรักษาพยาบาลมีความซับซ้อนมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นจากพยาธิสภาพและการรักษา จึงน่าจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง

5. ปัจจัยด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพ

5.1 การรักษาและฟื้นฟูสภาพ

ตามแนวคิดการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมได้เปิดโอกาสให้มนุษย์ได้นำวิธีการรักษาอื่น ๆ ที่เรียกว่า การรักษาทางเลือกใหม่ (Alternative method หรือ Complimentary therapy) เข้ามาใช้ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์สมัยใหม่ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย (ทัศนาศ นุญทอง, 2532) ซึ่งในประเทศไทย การรักษาแบบทางเลือกใหม่นี้เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นของประเทศไทยมาตั้งแต่สมัยโบราณ เช่น การนวด การประคบ การจับเส้น การใช้สมุนไพร เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แยกวิธีการรักษาและฟื้นฟูสภาพออกเป็น 2 วิธี (ลือชัย เงินยวง และปรีชา จุปโยคิน, 2533) ได้แก่

5.1.1 การรักษาแบบวิทยาศาสตร์หรือแพทย์แผนปัจจุบัน (Cosmopolitan Medicine) เป็นการรักษาตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ โดยใช้ทฤษฎี เทคนิค เครื่องมือ และเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่มีประสิทธิภาพในการวินิจฉัยโรค รักษาและฟื้นฟูสภาพ โดยการจัดให้บริการในโรงพยาบาลทั้งของรัฐบาลและเอกชน สถานีนอนามัย เป็นต้น

5.1.2 การรักษาแบบทางเลือกใหม่หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น (Alternative Medicine) เป็นการรักษาโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งเป็นวัฒนธรรมพื้นบ้านสืบสานต่อมาตั้งแต่สมัยโบราณ เช่น การนวดแผนไทย การประคบ การรักษาโดยใช้สมุนไพร เป็นต้น

การเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม จะทำให้สามารถหยุดยั้งความก้าวหน้า ความรุนแรงของโรค สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสามารถฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งวิธีการรักษาดังกล่าวน่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5.2 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนในการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ นับวันค่ารักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจะมีราคาสูงขึ้น เนื่องจากการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่ก้าวหน้ามาใช้ในการรักษาพยาบาล ให้มีความปลอดภัยและเหมาะสมมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในรายที่ไม่มีเงินเพียงพออาจต้องขาดการรักษาที่ต่อเนื่องหรือเลือกวิธีการรักษาที่ไม่ถูกต้อง เหมาะสม ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพจึงน่าจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

5.3 แหล่งของค่ารักษาพยาบาล การได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่น การเบิกได้จากต้นสังกัด การได้รับสวัสดิการสังคมในโครงการต่าง ๆ การได้รับการอนุเคราะห์โดยสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ต้องวิตกกังวลที่จะต้องหาเงินมาเป็นค่ารักษาพยาบาล และทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง ซึ่งตรงข้ามกับผู้ป่วยที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ในระยะยาวอาจมีรายได้ไม่เพียงพอที่จะนำมาใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลซึ่งจะทำให้ขาดการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องในที่สุด ดังนั้นแหล่งของค่ารักษาพยาบาลจึงน่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต

5.4 การใช้อุปกรณ์ช่วยขณะเคลื่อนไหว อุปกรณ์ที่ใช้ช่วยขณะเคลื่อนไหว เช่น ไม้ค้ำยัน รถเข็นนั่ง เป็นต้น จะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยลดการพึ่งพานุคคลอื่น และพยายามฟื้นฟูสภาพตนเองให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงก่อนเกิดความเจ็บป่วย ดังนั้นการใช้ อุปกรณ์ช่วยขณะเคลื่อนไหว จึงน่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5.5 ผู้ดูแล การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการดูแลรักษาที่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ส่วนใหญ่เมื่อสามารถควบคุมภาวะของโรคได้แล้ว แพทย์มักจะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ซึ่งจำเป็นต้องมีดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นคู่สมรส บุตร หลาน หรือญาติ ซึ่งต้องรับผิดชอบเพิ่มขึ้นจากบทบาทเดิมที่เคยปฏิบัติอยู่ ผู้ดูแลจะต้องเรียนรู้การดูแลผู้ป่วย และอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการมีแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่รู้สึกเหงา ว้าเหว่ มีคนช่วยคิดและตัดสินใจ ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง ดังนั้นการมีผู้ดูแลจึงน่าจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

6. ปัจจัยด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น่าจะมีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและความเจ็บจะทำให้ผู้ป่วยกลัว วิตกกังวล เพราะขาดความสามารถในทุก ๆ ด้าน ต้องพึ่งพาผู้อื่น กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวความทุกข์ทรมานจากโรค กลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งอาจพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าและแยกตัวจากสังคม เนื่องจากรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ รู้สึกไร้คุณค่า เป็นภาระของครอบครัวและสังคม

นอกจากนี้จากแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เราเชื่อว่านอกจากการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยทางร่างกายและจิตใจแล้ว แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมยังให้ความสำคัญกับคุณค่าทางจิตวิญญาณ (Spiritual) ซึ่งหมายถึงความเชื่อทางด้านศาสนา ปรัชญา หรือความเป็นมนุษย์ ซึ่งบุคคลจะยึดถือเป็นเป้าหมายของชีวิต จะทำให้บุคคลตระหนักในตนเอง มีเจตคติที่ดีต่อตนเองและความเจ็บป่วย ดังนั้นการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจึงน่าจะศึกษาครอบคลุมถึงการมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นด้วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหาตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี นครนายก และฉะเชิงเทรา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาแบบต่อเนื่อง (Follow up) ที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับไว้รักษาซ้ำ (Re-admission) ในโรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี โรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลสระแก้ว โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราจีนบุรี โรงพยาบาลนครนายก และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและคณะเลือกใช้ตารางสำเร็จรูปของ เครจซี และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างใน เรณา พงษ์เรืองพันธ์ และประสิทธิ์ พงษ์เรืองพันธ์, 2541) จำนวน 390 คน ซึ่งสามารถแทนประชากรตั้งแต่ 1,000,000 คนขึ้นไป ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ดี สามารถติดต่อสื่อสารได้ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 พฤษภาคม 2541 ถึง 31 สิงหาคม 2541

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยและคณะสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบประเมินปัญหาของผู้ป่วย ประเมินจากปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วย ได้แก่
 - 2.1 ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา
 - 2.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อาชีพก่อนเป็นโรคหลอดเลือดสมอง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวก่อนและหลังการเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวและสถานที่พักอาศัย
 - 2.3 ปัจจัยด้านความเจ็บป่วยและการรักษา ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความรุนแรงของโรค

ปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของโรค โรคประจำตัว โรคแทรกซ้อน ชนิดของการรักษา การฟื้นฟูสภาพ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนในการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ชนิดของการชำระค่ารักษาพยาบาล การใช้อุปกรณ์ช่วยขณะเคลื่อนไหวและชนิดของผู้ดูแล

2.3 ปัญหาด้านจิตใจ เป็นข้อคำถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วย ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ

3. การพึ่งพาสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของ ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ซึ่งใช้กรอบแนวคิดความสามารถเฉพาะตนของบีโนเลียลและคณะ (Benoliel, et al., 1984) เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถด้านการรับประทานอาหาร การแต่งกาย การเดิน การเดินทางออกนอกสถานที่ การอาบน้ำและการขับถ่าย การตอบคำถามให้เลือกตอบตามความสามารถที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ มีระดับคะแนนตั้งแต่ 6-36 คะแนน คะแนนน้อยแสดงว่ามีความสามารถเฉพาะตนน้อย ต้องพึ่งพาสังคมสูง

เกณฑ์การตัดสินการพึ่งพาสังคม

คะแนนอยู่ในช่วง 6-16 คะแนน หมายถึง มีการพึ่งพาสังคมสูง

คะแนนอยู่ในช่วง 17-26 คะแนน หมายถึง มีการพึ่งพาสังคมปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 27-36 คะแนน หมายถึง มีการพึ่งพาสังคมต่ำ

4. คุณภาพชีวิต เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของชาน (Zhan, 1992) ซึ่งประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต อึดทนในทัศนคติ สุขภาพและการทำงาน สังคมและเศรษฐกิจ เป็นข้อคำถามลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 12 ข้อ และด้านลบ 3 ข้อ ประเมินโดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินด้วยตนเอง ถ้าตรงมากที่สุดให้ 5 คะแนนถึงไม่ตรงเลยให้ 1 คะแนน สำหรับการให้คะแนนข้อที่เป็นลบจะกลับคะแนนก่อน

เกณฑ์การตัดสินระดับคุณภาพชีวิต

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00-1.49 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.50-2.49 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับค่อนข้างต่ำ

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.50-3.49 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.50-4.49 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับดี

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 4.50-5.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับดีมาก

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยและคณะหาคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ โดยนำแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของโครงสร้าง ความชัดเจนในเนื้อหา ความครอบคลุมและความเหมาะสมของสำนวนภาษา

ผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย

อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 1 ท่าน

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทอายุรศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดได้พิจารณาแล้ว ผู้วิจัยและคณะนำเครื่องมือดังกล่าว มาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง เหมาะสมทั้งด้านโครงสร้าง เนื้อหาและการใช้ภาษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยและคณะนำแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี และนำผลที่ได้มาปรับปรุงด้านสำนวนภาษาและคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

การพึ่งพาสังคม คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นระดับมาก (แอลฟา = .86)

คุณภาพชีวิต คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นระดับมาก (แอลฟา = .82)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

125639

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไปในภาคตะวันออกเฉียงเหนือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยจังหวัดละ 1 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยดังนี้ คือ

2.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพ

2.2 มีความสนใจและต้องการเข้าร่วมเก็บข้อมูลวิจัย

การเตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย มีขั้นตอนดังนี้คือ

1) อธิบายความเป็นมาของการวิจัย วัตถุประสงค์และความสำคัญของการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) อธิบายรายละเอียดของการสัมภาษณ์ วิธีสัมภาษณ์ และวิธีบันทึก คำตอบของข้อคำถามแต่ละข้อ

3) ให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย ทดลองสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์พร้อมทั้งจดบันทึกคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยร่วมฟังการสัมภาษณ์และจดบันทึก คำตอบในแบบสัมภาษณ์ของผู้วิจัยอีก 1 ฉบับ จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยบันทึกคำตอบมาตรวจสอบกับแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยบันทึกว่ามีข้อใดไม่ตรงกัน ถ้าผลการตรวจสอบพบว่าผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยบันทึกไม่ตรงกับผู้วิจัย ผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่เข้าใจไม่ตรงกัน หลังจากนั้นจึงให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยสัมภาษณ์กลุ่ม

๓๑

672.82

๐6315

๓๑.

ตัวอย่างรายใหม่ และตรวจสอบคำตอบเช่นเดิม จนกระทั่งได้คำตอบตรงกันทั้งหมด จึงให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะรอรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น. และสัมภาษณ์ ผู้ป่วยในที่มารับการรักษารักษาซ้ำที่หอผู้ป่วยในเวลาตามความเหมาะสม ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2541 ถึง 31 สิงหาคม 2541 รวมจำนวนทั้งสิ้น 390 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยและคณะนำข้อมูลมาลงรหัส แล้ววิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window Version 7.5 ดังนี้

1. แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)
3. หาตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)
4. วิเคราะห์เชิงเนื้อหาปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายโดยแบ่งเนื้อหาเป็น 4 ส่วนดังต่อไปนี้คือ

ส่วนที่ 1 ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียง

ส่วนที่ 4 สมการในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียง
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงความถี่ หากำร้อยละ ได้
ผลการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษา และศาสนา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มตัวอย่าง	390	100
เพศ		
ชาย	217	55.6
หญิง	173	44.4
อายุ ($\bar{X} = 62.17, S.D. = 11.52$)		
< 40 ปี	18	4.6
40-60 ปี	147	37.7
> 61 ปี	225	57.7
สถานภาพสมรส		
โสด	16	4.1
คู่	257	65.9
หม้าย/หย่า/แยก	117	30.0
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษาตอนต้น	92	23.6
ประถมศึกษาตอนต้น	194	49.7
ประถมศึกษาตอนปลาย	21	5.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	38	9.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	18	4.6
อนุปริญญา	16	4.1
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	11	2.8
ศาสนา		
พุทธ	372	95.4
คริสต์	9	2.3
อิสลาม	9	2.3

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 55.5 เพศหญิง ร้อยละ 44.4 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 61 ปี อายุเฉลี่ย 62.17 ปี สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ และมีการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น

1.2 ข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพก่อนเป็นโรค
หลอดเลือดสมอง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวก่อนและหลังการ
เจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว และสถานที่พักอาศัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพก่อนเป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
เกษตรกร	121	31.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	85	21.8
ค้าขาย	68	17.4
รับจ้าง	62	15.9
อื่นๆ	54	13.8
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวก่อนการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 13,482.82$, S.D. = 25,343.24)		
< 5,000 บาท	173	44.2
5,001-15,000 บาท	126	32.2
15,001-25,000 บาท	44	11.3
25,001-35,000 บาท	21	5.4
> 35,000 บาท	26	6.7
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวหลังการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 11,589.23$, S.D. = 24,620.89)		
< 5,000 บาท	216	55.4
5,001-15,000 บาท	93	23.8
15,001-25,000 บาท	39	10.0
25,001-35,000 บาท	22	5.6
> 35,000 บาท	20	5.1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ($\bar{X} = 6,522.31$, S.D. = 16,322.06)		
< 5,000 บาท	265	67.9
5,001-15,000 บาท	96	24.6
15,001-25,000 บาท	21	5.4
25,001-35,000 บาท	5	1.3
> 35,000 บาท	3	0.8
สถานที่พักอาศัย		
บ้านของตนเอง	277	71.0
อาศัยบุตรหลาน/ญาติ	69	18.2
บ้านเช่า	23	5.9
อื่น ๆ	21	18.2

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 31.0) รองลงมา คือ รับราชการและรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 21.8) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวก่อนการเจ็บป่วยเฉลี่ย 13,482.23 บาท ภายหลังเจ็บป่วยเฉลี่ย 11,589.23 บาท ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวหลังเจ็บป่วยเฉลี่ย 6,522.31 บาท และส่วนใหญ่พักอาศัยในบ้านของตนเอง (ร้อยละ 71.0)

1.3 ข้อมูลการพึ่งพาสังคม

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนการพึ่งพาสังคม

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
การพึ่งพาสังคม		
พึ่งพาสังคมสูง (คะแนน 6-16)	54	13.9
พึ่งพาสังคมปานกลาง (คะแนน 17-26)	130	33.3
พึ่งพาสังคมต่ำ (คะแนน 27-36)	206	52.8

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการพึงพาสังคมต่ำ (ร้อยละ 52.8) มีเพียงร้อยละ 13.9 ซึ่งมีคะแนนการพึงพาสังคมสูง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่เป็นโรค หลอดเลือดสมอง ระดับความรุนแรงของโรค ปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของโรค โรคประจำตัวและโรคแทรกซ้อน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X} = 40.40$, S.D. = 43.53)		
< 6 เดือน	63	16.2
7-12 เดือน	57	14.6
13-18 เดือน	25	6.4
19-24 เดือน	52	13.3
> 24 เดือน	193	49.5
ระดับความรุนแรงของโรค		
อ่อนแรงหรืออัมพาตด้านเดียว	336	86.2
อ่อนแรงหรืออัมพาตทั้งสองด้าน	49	12.5
อื่นๆ	5	1.3
ปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของโรค เช่น หูตึงไม่ชัด มองเห็นภาพซ้อน		
มี	318	81.5
ไม่มี	72	18.5
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	305	78.2
ไม่มีโรคประจำตัว	85	21.8
โรคแทรกซ้อน		
มีโรคแทรกซ้อน	275	70.5
ไม่มีโรคแทรกซ้อน	115	29.5

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 40.40 เดือน มีระดับความรุนแรงของโรค ส่วนใหญ่จะอ่อนแรงหรือเป็นอัมพาตด้านเดียว (ร้อยละ 86.2) มีปัญหาที่เกิดจากผล

กระทบของโรค เช่น พุดไม่ชัด มองเห็นภาพซ้อนฯ ถึงร้อยละ 81.5 ส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 78.2) และมีโรคแทรกซ้อนถึงร้อยละ 70.5

1.4 ข้อมูลด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดของการรักษา การฟื้นฟูสภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ชนิดของการชำระค่ารักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ การใช้อุปกรณ์ช่วยขณะเคลื่อนไหว และชนิดของผู้ดูแล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของการรักษา		
แผนปัจจุบัน	173	44.3
ภูมิปัญญาท้องถิ่น	7	1.8
แผนปัจจุบันและภูมิปัญญาท้องถิ่น	210	53.8
การฟื้นฟูสภาพ		
ไม่ได้ทำ/ทำด้วยตนเอง/อื่น ๆ	165	41.3
ฟื้นฟูโดยการทํากายภาพบำบัด	117	30.0
ฟื้นฟูโดยการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น	108	27.7
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ($\bar{X} = 1485.06$, S.D. = 2321.50)		
< 5,000 บาท	378	96.7
5,001-15,000 บาท	10	2.6
15,001-25,000 บาท	2	0.5
25,001-35,000 บาท	-	-
> 35,000 บาท	-	-
ชนิดของการชำระค่ารักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ		
เบิกได้จากต้นสังกัด/สวัสดิการสังคม (ใช้บัตรผู้สูงอายุ, ผู้มีรายได้น้อย ฯลฯ)	316	81.0
เสียค่าใช้จ่ายเอง	74	19.0

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
การใช้อุปกรณ์ช่วยขณะเคลื่อนไหว		
ใช้อุปกรณ์	230	59.0
ไม่ใช้	160	41.0
ชนิดของผู้ดูแล		
คู่สมรส	199	51.0
บุตรหลาน/ญาติ	155	39.7
ไม่มี	36	9.3

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกวิธีการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการรักษาแผนปัจจุบันและการรักษาแบบภูมิปัญญาท้องถิ่น (ร้อยละ 53.8) สำหรับการฟื้นฟูสภาพ ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำ (ร้อยละ 41.3) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพเฉลี่ย 1485.06 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่จะเบิกได้จากต้นสังกัดและใช้สวัสดิการสังคม เช่น ไร้สิทธิบัตรผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อย เป็นต้น (ร้อยละ 81.0) ส่วนใหญ่จะใช้อุปกรณ์ช่วยขณะเคลื่อนไหว (ร้อยละ 59.0) และมีคู่สมรสเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 51.0)

1.5 ข้อมูลปัญหาด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด สามารถสรุปได้ดังนี้คือ

ตารางที่ 6 ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียง

ปัญหาที่พบ	จำนวน*
1. ความวิตกกังวล และหวังโย	
1.1 บุตรหลาน	102
1.2 ครอบครัว	58
1.3 ค่าใช้จ่าย	37
1.4 งานอาชีพ	28
1.5 ทรัพย์สิน	9
2. ความกลัว	
2.1 กลัวไม่หาย	96
2.2 กลัวอาการของโรครุนแรงขึ้น/ กลับเป็นซ้ำ	89
2.3 กลัวเดินไม่ได้/ กลัวพิการ	65
2.4 กลัวไม่ผู้ดูแล	48
2.5 กลัวตาย	47
2.6 กลัวถูกทอดทิ้ง	23
2.7 กลัวถูกทอดทิ้ง	23
2.8 กลัวความทุกข์ทรมานจากโรค	5
2.9 กลัวถูกทำร้าย	3
3. ความรู้สึกซึมเศร้า เศร้าใจ เหงาและว้าเหว่	38
4. การมีส่วนร่วมกิจกรรมในครอบครัว	
4.1 ลดลง	121
4.2 แยกตัว ไม่มีกิจกรรมร่วม	42

*ผู้ป่วย 1 ราย ตอบได้มากกว่า 1 ครั้ง

จากตารางที่ 6 ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงที่พบ ได้แก่ ความวิตกกังวลและหวังโย ความกลัว ความรู้สึกซึมเศร้า เศร้าใจ เหงาและว้าเหว่ และการมีส่วนร่วมกิจกรรมในครอบครัว

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียง

ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างนำเสนอโดยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอและแปรผลทั้งรายข้อและโดยรวม ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิต รายข้อและโดยรวม

คุณภาพชีวิตรายข้อ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล ระดับคุณภาพชีวิต
1. การดำเนินชีวิตที่ผ่านมา	4.05	0.79	ดี
2. การดำเนินชีวิตปัจจุบัน	2.34	1.01	ค่อนข้างต่ำ
3. การดูแลของครอบครัว	3.58	1.01	ดี
4. ที่อยู่อาศัย	3.68	0.88	ดี
5. เครื่องใช้ในครัวเรือนและสิ่งอำนวยความสะดวก	3.60	0.85	ดี
6. ความห่วงใยครอบครัว	3.62	1.00	ดี
7. เป็นคนสำคัญของครอบครัว	3.42	1.09	ดี
8. อึดทนในทัศนต่อสภาพร่างกาย	2.93	1.23	ปานกลาง
9. ความรู้สึกเหงา ว้าเหว่	3.11	1.14	ปานกลาง
10. ความเชื่อมั่นในตนเอง	3.00	1.12	ปานกลาง
11. การควบคุมอารมณ์	3.07	.93	ปานกลาง
12. การทำหน้าที่ในครอบครัว	2.56	1.22	ค่อนข้างต่ำ
13. การทำงาน	2.85	1.19	ปานกลาง
14. การไปมาหาสู่ของเพื่อนฝูง	2.75	1.07	ปานกลาง
15. ปัญหาด้านการเงินและแหล่งสนับสนุน	2.90	1.21	ปานกลาง
รวมเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต	3.16	1.05	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับคุณภาพชีวิตที่อยู่ในเกณฑ์ดี ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมา ความพึงพอใจในการดูแลของครอบครัว ความพึงพอใจในที่อยู่อาศัย พึงพอใจเครื่องใช้ในครัวเรือนและสิ่งอำนวยความสะดวก พึงพอใจในความห่วงใยของครอบครัว และยังเป็นคนสำคัญของครอบครัว

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก

ผู้วิจัยและคณะ หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยใช้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเป็นตัวแปรเกณฑ์ สำหรับตัวแปรทำนาย ได้แก่ ปัจจัยต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจำแนกเป็นปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคม

และเศรษฐกิจ การพึ่งพาสังคม ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย และปัจจัยด้านการรักษาพยาบาล โดยประกอบด้วย ตัวแปรย่อย 35 ตัวแปร (รายละเอียดดังภาคผนวกที่) หลังจากทดสอบหาความสัมพันธ์ของตัวแปรเกณฑ์และ ตัวแปรทำนายแล้ว ได้นำมาทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์โดยการทดสอบค่าที (t-test) ซึ่ง ผลที่ได้ดังแสดงในภาคผนวกที่

ผลจากการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันแล้ว พบว่า มีปัจจัยย่อย จำนวน 13 ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยสามารถจำแนกได้ดังนี้คือ

3.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ การพึ่งพาสังคม ($r = .347$) การพักอาศัยในบ้านของตนเอง ($r = .192$) อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ($r = .167$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวภายหลังเจ็บป่วย ($r = .148$) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ($r = .147$) สถานภาพสมรสคู่ ($r = .144$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวก่อนการเจ็บป่วย ($r = .135$) และพบว่าปัญหาที่มีผลกระทบต่อมาจากโรค เช่น พุดไม่ชัด มองเห็นภาพซ้อน ฯลฯ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .102$)

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ การประกอบอาชีพรับจ้าง ($r = -.174$) การพักอาศัยกับผู้อื่น ($r = -.169$) สถานภาพสมรสหย่า แยก ($r = -.137$) การอยู่บ้านเช่า ($r = -.132$) และพบว่า การใช้อุปกรณ์ช่วยขณะเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.112$)

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและตัวแปรอื่น ๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4 สมการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก

จากผลการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและตัวแปรทำนาย ซึ่งพบว่า มีเพียง 13 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก ผู้วิจัยและคณะ จึงได้นำตัวแปรทั้ง 13 ตัวแปรมาทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยการทดสอบค่าสถิติเอฟส่วนรวม (overall Ftest) ได้ผลดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบมีขั้นตอน โดยใช้
คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแปรเกณฑ์

ตัวแปร	b	B	R	R ²	R ² chang	t	P
SUMS	.460	.375	.347	.120	.120	8.188	<.001
CAREE 2	-3.638	-.163	.409	.167	.047	-3.417	.001
RES 2	3.276	.161	.440	.193	.026	3.402	.001
EXPENSES	.000006	.114	.454	.206	.013	2.493	.013

Constant 33.707, t = 19.928, p < .001

หมายเหตุ

SUMS = การพึ่งพาสังคม

CAREE 2 = อาชีพรับจ้าง

RES 2 = บ้านของตนเอง

EXPENSE = ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยรายเดือนของครอบครัว

จากตารางที่ 7 พบว่า การพึ่งพาสังคมสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติถึงร้อยละ 12.0 เมื่อเพิ่มตัวแปรอาชีพรับจ้างเข้ามาร่วมทำนาย พบว่า สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.7 เมื่อเพิ่มตัวแปรการพักอาศัยในบ้านของตนเอง พบว่า สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอีกเป็น 19.3 และเมื่อเพิ่มตัวแปรค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย พบว่า สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ถึงร้อยละ 20.6

จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว พบว่า มีเพียง 4 ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเบตา (β) ของการพึ่งพาสังคม มีค่าสูงสุด แสดงว่า การพึ่งพาสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ดังนั้นจึงสามารถกำหนดสมการในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในรูปของคะแนนดิบ (\hat{Y}) และคะแนนมาตรฐาน (\hat{Z}) ได้ดังนี้ คือ

สมการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในรูปคะแนนดิบ ได้แก่

$$\hat{Y} = 33.707 + (.375) (\text{การพึ่งพาสังคม}) + (-.163) (\text{อาชีพรับจ้าง}) + (.161) (\text{บ้านพักอาศัยของตนเอง}) + (.114) (\text{ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว})$$

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัญหาและหาตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียง จำนวน 390 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยและคณะสร้างขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2541 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2541 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window 7.5 โดยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลคุณภาพชีวิต วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาและคุณภาพชีวิต วิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มาวิเคราะห์หาตัวทำนายคุณภาพชีวิตโดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุโดยเฉลี่ย 62.17 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น นับถือศาสนาพุทธ มีอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวก่อนการเจ็บป่วย 13,482.82 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวหลังการเจ็บป่วย 11,589.23 บาท ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 6,522.31 บาท มีระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 40.40 เดือน มีระดับความรุนแรงของโรค คือ อ่อนแรง/อัมพาตข้างเดียว ส่วนใหญ่มีปัญหาที่เกิดจากโรค เช่น หูดไม่ชัด มองเห็นภาพซ้อน ฯลฯ รวมด้วย ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และมีโรคแทรกซ้อน

นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รักษาด้วยการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น สนองการฟื้นฟูสภาพส่วนใหญ่ไม่ได้ฟื้นฟูสภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาและฟื้นฟูสภาพเฉลี่ย 1,485.06 บาทต่อเดือน ค่ารักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพส่วนใหญ่เบิกได้จากต้นสังกัด และใช้สวัสดิการสังคม ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ช่วยขณะเคลื่อนไหวและมีคูสมรสดูแล

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.16$, S.D. = 1.05)

3. ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในภาคตะวันออกเฉียงที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

การศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจากปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วย จำนวน 35 ปัจจัย พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในลักษณะความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง จำนวน 13 ปัจจัย ได้แก่

3.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ได้แก่ การพึ่งพาสังคม ($r = .347$) การพักอาศัยในบ้านของตนเอง ($r = .192$) อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ($r = .167$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวภายหลังการเจ็บป่วย ($r = .148$) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ($r = .147$) สถานภาพสมรสคู่ ($r = .144$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวก่อนการเจ็บป่วย ($r = .135$) และพบว่าปัญหาที่มีผลกระทบที่เกิดจากโรค เช่น พุดไม่ชัด มองเห็นภาพซ้อน ฯลฯ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .102$)

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ การประกอบอาชีพรับจ้าง ($r = -.174$) การพักอาศัยกับผู้อื่น ($r = -.169$) สถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยก ($r = -.137$) การอยู่บ้านเช่า ($r = -.132$) และพบว่า การใช้อุปกรณ์ช่วยขณะเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.112$)

4. ตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผลการศึกษาพบว่า ตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ การพึ่งพาสังคม ($\beta = .375$) รองลงมา ได้แก่ อาชีพรับจ้าง ($\beta = .163$) การพักอาศัยในบ้านของตนเอง ($\beta = .161$) และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ($\beta = .114$) ตามลำดับ โดยตัวทำนายทั้ง 4 ตัวนี้สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้รวมกันถึงร้อยละ 20.6 ($R^2 = 206$) และสามารถเขียนสมการทำนายในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ดังต่อไปนี้

$$\hat{Y} = 33.707 + (.460) (\text{การพึ่งพาสังคม}) + (-3.368) (\text{อาชีพรับจ้าง}) + (3.276) (\text{บ้านพักอาศัยของตนเอง}) + (.000006) (\text{ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว})$$

$$\hat{Z} = (.375) (\text{การพึ่งพาสังคม}) + (-.163) (\text{อาชีพรับจ้าง}) + (.161) (\text{บ้านพักอาศัยของตนเอง}) + (.114) (\text{ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว})$$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลดังต่อไปนี้

1. ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.1 ปัจจัยพื้นฐาน

ผลการศึกษาพบว่า มีปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ สถานภาพสมรส โดยพบว่าสถานภาพสมรสคู่ มีความสัมพันธ์ทาง

บวกกับคุณภาพชีวิตและสถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยก มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้อาจเนื่องจากสถานภาพเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงสถานภาพของระบบครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่จะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคู่สมรส มีผู้ปลอบโยน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ช่วยแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งเสริมด้านความคิด การแก้ปัญหาเพื่อต่อสู้กับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมั่นคงในอารมณ์ สามารถปรับตัวและแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดความเครียด รับรู้ถึงคุณค่าของตนเองและมีเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยก ซึ่งขาดการสนับสนุนจากคู่สมรส ต้องเผชิญปัญหาโดยลำพัง ขาดคนให้คำปรึกษา ขาดกำลังใจ ขาดคนดูแล และอาจมีปัญหาทางเศรษฐกิจร่วมด้วย เนื่องจากลักษณะของโรคจะทำให้ขาดความสามารถในการประกอบอาชีพและเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้เบอร์สและคณะ (Burse, et al อ้างใน สุธีรา ตั้งตระกูล, 2537) พบว่า ในกลุ่มผู้ที่เป็นหม้าย ร้อยละ 44 และกลุ่มที่หย่า ร้อยละ 43 มีความรู้สึกโดดเดี่ยวซึ่งสัมพันธ์กับการปรับตัวในสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้จึงทำให้สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรภา รัตนกิจ (2540) ซึ่งพบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยก แต่ อารีรัตน์ อุลิต (2539) และธนพร ศนิบุตร (2540) ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่างสถานภาพสมรสคู่และสถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยก ในสตรีวัยหมดประจำเดือนจังหวัดอ่างทองและในภาคตะวันออกเฉียง

1.2 ด้านเศรษฐกิจและสังคม

ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงใต้แก่ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว และสถานที่พักอาศัย โดยพบว่าอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นอาชีพที่มีรายได้แน่นอน มั่นคง มีสวัสดิการช่วยเหลือขณะเจ็บป่วย และถ้าจำเป็นต้องออกจากงานก็ยังคงมีรายได้และสวัสดิการจากบำเหน็จบำนาญ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวยังคงความรู้สึกมั่นคงในชีวิต ซึ่งแตกต่างจากอาชีพรับจ้างที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้อาจเนื่องจากเป็นอาชีพที่ไม่มั่นคง รายได้น้อย ไม่มีสวัสดิการ เมื่อเกิดความเจ็บป่วย และเมื่อเจ็บป่วยแล้วอาจไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ดีซึ่งตรงข้ามกับรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งอาจมีผลกระทบทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น เนื่องจากการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องและไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ สุธิดา กาญจนรังสี (2538) พบว่า ผู้ที่สูญเสียแขนขาที่ไม่มีอาชีพจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่มีอาชีพ

รายได้และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงใต้ เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิต และการตอบสนองความต้องการของมนุษย์โดยเฉพาะ ความต้องการขั้นพื้นฐานซึ่งต้องใช้เงินเพื่อซื้อสิ่งของและบริการต่าง ๆ การศึกษาครั้งนี้พบว่าทั้งรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวทั้งก่อนและหลังเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแคมเมอร์อน และคณะ (Cameron, et al , 1937 cited in Bnckhardt, 1982) ซึ่งกล่าวว่ารายได้เป็นปัจจัยกำหนดความพึงพอใจในชีวิต และสุธิดา กาญจนรังสี (2538) พบว่า ผู้ที่สูญเสียขาที่มีรายได้สูงมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำ สำหรับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของ

ครอบครัว ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเช่นเดียวกับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว อธิบายได้ว่าถ้ากลุ่มตัวอย่างมีค่าใช้จ่ายสูงจะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นเนื่องจากสามารถซื้อหาสิ่งของมาเพื่อตอบสนองความต้องการและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยได้ง่ายกว่าครอบครัวที่มีค่าใช้จ่ายต่ำซึ่งอาจจะไม่สามารถหาสิ่งของหรือบริการมาอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิต จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ง่ายขึ้น หรืออาจใกล้เคียงกับการดำเนินชีวิตก่อนการเจ็บป่วย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สถานที่พักอาศัยพบว่า ที่พักอาศัยของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าสอดคล้องกับแนวคิดของมาสโลว์เกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์ ซึ่งบ้านเป็นหนึ่งในสี่ปัจจัยหลักที่มนุษย์ต้องการเพื่อเป็นที่พักพิง ป้องกันอันตราย การมีบ้านเป็นของตนเองจะทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ได้รับการยอมรับจากสังคม การพักอาศัยในบ้านของตนเองจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่เช่าบ้านอยู่และต้องอาศัยผู้อื่นอยู่ ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย เกิดความไม่แน่นอนในเรื่องที่อยู่อาศัยของตนเองและครอบครัว จึงทำให้การเช่าบ้านและอาศัยผู้อื่นอยู่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก

1.3 การพึ่งพาสังคม

ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก กล่าวคือ ถ้ามีการพึ่งพาสังคมต่ำ จะทำให้มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่มีการพึ่งพาสังคมสูง เนื่องจากกลุ่มที่พึ่งพาสังคมสูงจะช่วยเหลือตนเองได้น้อย จำเป็นต้องรับการช่วยเหลือจากผู้อื่นแลหรือคนในครอบครัวในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะกิจวัตรประจำวันต้องสูญเสียบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคม ซึ่งจากผลดังกล่าวจะกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและคนอื่น ๆ อัลลิโอและคณะ (Ahlsio, et al. , 1984) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พึ่งพาตนเองได้จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น แต่ ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ไม่พบความสัมพันธ์ของการพึ่งพาสังคมและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

1.4 ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ปัญหาที่เกิดจากโรค เช่น พุดไม่ชัด มองเห็นภาพซ้อน ฯลฯ และการใช้อุปกรณ์ช่วยขณะเคลื่อนไหว ปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยจะทำให้เกิดความผิดปกติของประสาทรับความรู้สึก ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองและติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัญหาดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อาจเนื่องจากในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลและมีการพึ่งพาสังคมต่ำ จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาที่เกิดจากโรคดังกล่าวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สำหรับการใช้อุปกรณ์ช่วยขณะเคลื่อนไหว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก ทั้งนี้เนื่องจากการใช้อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนไหวเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงการขาดความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งในสังคมไทย ผู้ที่พิการยังไม่ได้รับการยอมรับถึงความสามารถเท่า

เทียบกับคนปกติในสังคม ผู้ที่ใช้อุปกรณ์ช่วยขณะเคลื่อนไหว จึงอาจรู้สึกอับอายต่อภาพลักษณ์ของตนเอง และมีการรับรู้ถึงการมีคุณภาพชีวิตไม่ดี

1.5 ปัญหาด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

ปัญหาด้านจิตใจที่พบ ได้แก่ ความวิตกกังวล ห่วงใย ความกลัว ความซึมเศร้า เศร้าใจ เหนงา ว้าเหว่ การมีกิจกรรมในครอบครัวลดลงและแยกตัว เนื่องจากลักษณะของความเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ป่วยต้องขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ขาดงานอาชีพ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยขาดความรู้สึกมั่นคงของชีวิต กังวลกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ห่วงใยในสิ่งที่คาดว่าตนเองจะไม่สามารถปฏิบัติได้เช่นเคย หรือปฏิบัติได้ตามที่เคยคาดหวังไว้ เช่น การส่งเสริมอนาคตของบุตรหลาน การมุ่งทำให้ครอบครัวให้มีฐานะมั่นคงหรือฐานะไว้เช่นเดิม นอกจากนี้ยังวิตกกังวลถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เช่น ค่าใช้จ่าย การประกอบอาชีพ เป็นต้น

ภาวะของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้กระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานจากโรค กลัวอาการและอาการแสดงของโรคจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นหรือทำให้ถึงแก่ชีวิต กลัวความพิการ กลัวถูกทอดทิ้งและกลัวขาดคนดูแล นอกจากนี้ยังกระทบถึงความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งจะรู้สึกซึมเศร้า เศร้าใจ เหนงา ว้าเหว่ และมีสัมพันธภาพลดลงโดยเฉพาะในครอบครัว บางรายถึงขั้นแยกตัว

ซึ่งปัญหาด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ แอทเชอ เดอแรมและริคกี้ (Hatcher, Durham & Ricky, 1987) ส่วนลาโบ ฟิลลิป และเกรสแฮม (Labi, Phillips & Gresham, 1980) พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีความยุ่งยากในการปรับตัวเข้าสู่สังคมตามปกติ และพบว่าผู้ป่วยจะลดการสังคมภายในและนอกบ้าน ลดกิจกรรมงานอดิเรกและความสนใจอื่น

7

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับจิตวิญญาณในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ

2. สมการในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพรับจ้างก่อนการเจ็บป่วย สถานที่พักอาศัย และค่าใช้จ่ายรายเดือนของครอบครัว โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันถึงร้อยละ 20.6 ($R^2 = .206$)

เมื่อนำตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์พหุคูณกับคุณภาพชีวิตดังกล่าวมาพิจารณาในรายละเอียดของตัวทำนายแต่ละตัวแล้ว พบว่า ตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์ในลำดับสูงสุด คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ($\beta = .347$) อาจอธิบายได้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสำคัญสูงสุด เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยตรงของผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยสามารถที่จะดูแลตนเองได้ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การเดินทาง มีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ก็จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้การมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอิสระ ไม่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (Orem, 1986) และผลการวิจัยของ สุธิดา กาญจนรังสี (2538)

เมื่อพิจารณาตัวทำนายที่มีความสำคัญอันดับที่สอง คือ อาชีพรับจ้างก่อนเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง นักสังคมวิทยาเชื่อว่าอาชีพเป็นตัวกำหนดบทบาทของการทำงาน เป็นตัวที่กำหนดรายได้ การ

2.1.1 จัดทำแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งจะช่วยให้ลดภาวะแทรกซ้อนและความพิการ ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.1.2 จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การจัดหาโอกาสให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดได้พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นประสบการณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต วิธีการเผชิญแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประสบการณ์กับผู้ป่วยใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

2.1.3 การจัดเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตภายหลังเจ็บป่วยอย่างมั่นใจ เช่น การจัดสถานการณ์บ้านจำลอง การจัดเตรียมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น รวมทั้งมีหน่วยงานที่ให้คำปรึกษาในการจัดเตรียมที่พัก อุปกรณ์ที่มีความเหมาะสม

2.2 ระดับชุมชน ควรจัดโครงการส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่บ้าน โดยการจัดอบรมบุคลากรระดับชุมชนให้มีเจตคติ ความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วย จัดโครงการสร้างบุคลากรด้านการฟื้นฟูสุขภาพแบบผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เป็นต้น

3. ด้านการศึกษา

3.1 จัดเตรียมบุคลากรที่มีสุขภาพที่มีความรู้ ความชำนาญ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 จัดทำหลักสูตรต่าง ๆ ที่เป็นการป้องกันและการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4. ด้านการวิจัย

4.1 ศึกษาตัวแปรอื่น ๆ โดยเฉพาะตัวแปรทางด้านจิตใจ การปรับตัวของผู้ป่วย การดำเนินชีวิตภายหลังการเจ็บป่วย โดยทำการศึกษแบบวิจัยเชิงคุณภาพ

4.2 ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเพิ่มเติม เช่น ความหวัง ความเหงา ความว้าเหว่ ความซึมเศร้า เป็นต้น

4.3 ควรศึกษารูปแบบการบริการที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2538). สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2540). "คุณภาพชีวิต" สารศิริราช. 49(3) มีนาคม : 279-281.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2541). การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย SPSS for Windows. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณิงนิจ อนุโรจน์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน กับความพึงพอใจในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะทำงานสรุปผลการพัฒนาสาธารณสุขเขต 3. (2540). รายงานการประเมินผลพัฒนาสาธารณสุข ประจำปี 2540 ระดับเขต 3. ชลบุรี : สำนักงานสาธารณสุข เขต 3.
- จิรภา รัตนกิจ. (2540). คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เชษฐสิณี เศรษฐบุตร และคณะ. (2538). "คุณภาพชีวิตและปัญหาสุขภาพของเจ้าหน้าที่พยาบาลวัยกลางคน" วารสารพยาบาลรามารัตน์. 1(2538) : 42-52.
- ทัศนาศ นุญทอง. (2532) .มโนคติการของการพยาบาลแบบองค์รวม ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ จินางกูร. (2530). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนพร ศันบุตร. (2540). คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2534). Epidemiology of Stroke ใน นิพนธ์ พวงวรินทร์ (บรรณาธิการ). โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- นภาพรณี แก้วกรรม. (2533). ผลการดูแลสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิรามัย ไข่เทียมวงศ์. (2535). แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปฎิญา พรรณราย และคณะ. (2539). การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วารสารพยาบาล. 45(3) กรกฎาคม-กันยายน.

- ปัญญา บุรณศิริ. (2539). โรคหลอดเลือดสมอง : เหตุของอัมพาต ใน ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล.
 ฟาริดา อิบราฮิม บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : สามเจริญพานิชย์.
- ประกา รัตนเมธานนท์. (2532). การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาพร จินันทุยา. (2536). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมของผู้สูงอายุดินแดง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฝ่ายสถิติ โรงพยาบาลเมืองจะเจียงเทรา. (2541). สถิติผู้ป่วยปี 2539-2540.
- ฝ่ายสถิติ โรงพยาบาลชลบุรี. (2541). สถิติผู้ป่วยปี 2539-2540.
- ฝ่ายสถิติ โรงพยาบาลระยอง. (2541). สถิติผู้ป่วยปี 2539-2540.
- พนิชฐา พานิชราชีวะกุล. (2537). การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสมมติสำหรับผู้สูงอายุในชนบท. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรชัย จุลเมตต์. (2540). ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พวงผกา ชื่นแสงเนตร. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลตะวันออกชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2539). ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพฯ : สามเจริญพานิชย์.
- เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วยแรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เรณา พงษ์เรืองพันธ์ุ และประสิทธิ์ พงษ์เรืองพันธ์ุ. (2541). การวิจัยทางการพยาบาล.ชลบุรี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลือชัย ศรีเงินยวงและ ปรีชา อุไยคิน .(2533).

ใน พฤติ กรรมสุขภาพ. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ เพ็ญจันทร์ ประดับมุขและจริยา สุทธิ
สุนนท์ บรรณาธิการ. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

วารี กังใจ. (2540). รายงานการวิจัยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและ
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. ชลบุรี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศิริชัย กาญจนวาสี. ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และดิเรก ศรีสุข. (2540). การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการ
วิจัย. กรุงเทพฯ : พชรกานต์พับลิเคชั่น.

สุขจันทร์ พงษ์ประไพ. (1997). "Rehabilitation in CVA" เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร. 7(1) August.

สุรชาติย์ อุปลาบติ. (2537). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว.วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุธิดา กาญจนรังสี. (2538). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสียขา. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุธีรา ตั้งตระกูล. (2537). การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความจำ
ในผู้ป่วยสโตรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สนธยา พิชัยกุล. (2533). ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
ระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อปอดของห้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยา
นิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.

สุรางค์ ไคว้ตระกูล. (2541). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). ผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น : ขอนแก่นการ
พิมพ์.

สุวิมล พนาวัฒน์กุล. (2534). อัคมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูง
อายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุวรรณี มหาภานันท์. (2538). ผลการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลของไอเรมต่อความผาสุก ภาวะ
แทรกซ้อนและจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อารีรัตน์ อุลิต. (2539). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน
อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง . วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Ahlsio, B. et al. (1984). "Disablement and Quality of Life after stroke" *Stroke*.15 (Sep/Oct 1984) 866-890.
- Benoliel, J.Q., McCorkle R. & Young, K. (1980). "Development of a Social Dependency Scale" *Research in Nursing and Health*. 3 (Mar) : 3-10.
- Bonita, R. & Beaglehole R. (1988). "Recovery of Motion Function after Stroke" *Stroke*. 19(Dec) : 1497-1500.
- Cella, D. (1991). *Functional Status and Quality of Life : Current view on Measurement and Intervention In Functional Status and Quality of life in Persons with Cancer*. Atlanta : American Cancer Society :1-12.
- Denis, M.S. & Warlow, C.P. (1987). *Stroke incidence risk factors and outcome*.*British Journal of Hospital Medicine*. March : 104-108.
- Ferran, C.E. & Power, M.J. (1985). "Quality of Life Index : Development and Psychometric Properties" *Advance in Nursing Science*. 8(Oct.) :15-24.
- Feibel, J.H. & Springer, C.J. (1982). "Depress and Failure to resume Social Activities after Stroke" *Achieves of Physical Medicine Rehabilitation*.63(6) : 276-278.
- Gibbon, B. and Little, V. (1995). "Improving stroke care through action research" *Journal of Clinical Nursing*. 4.
- Gokey, M. & Cummings C. (1989). *Alterations in Sensation and perception in Acute Care Nursing in the Home : A Holistic Approach*. edited by Malloy C. and Hartshorn J. philadelphia : J.B. Lippincott.Hatcher, B.E., Derham, J.D. & Rickey, M. (1985). "Overcoming Stroke Related Depression" *Journal of Gerontological Nursing*. 11 (Nov, 1985) : 43-45.
- Homes, S. & Dickerson, J. "The Quality of Life : Design and Evaluation of a Self Assessment Instrument for Use with Cancer Patients" *Internal Journal of Studies*. 24 (Jan, 1987) : 16.
- Ignatavicius, D.D., Workman, M.L. & Mishler, M.A. (1995). *Medical-Surgical Nursing : A Nursing Process Approach*. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Jordan, L. and Kaiser W. (1996). *Aphasia-A Social Approach*. London :Chapman & Hall.
- Kirkevold, M. (1997). "The Role of Nursing in The Rehabilitation of Acute Stroke Patients : Toward a Unified Theoretical Perspective" *Advance Nursing Science*. 19(4) : 55-64.
- Kottket, F.J.(1982). *Philosophic Consideration Of Quality of Life for the Disable*. *Achieve Physical Medicine Rehabilitation*. (Feb) :60-62.
- Linton, A.D., Matteson, M.A. & Maebius, N.K. (1995). *Introductory Nursing Care of Adults*. Philadelphia : W.B. Saunders.

- Lubkin, I.M. (1995). *Chronic Illness : Impact and Interventions*. 3rd ed. Boston : Jones and Bartlett Publishers.
- Neimi, M.L., et al. (1988). "Quality of Life 4 Years After Stroke" *Stroke*.19 (Sep, 1988) : 1101-1107.
- Niessen, L.W., et al. (1993). Stroke trends in an aging population. *Stroke*.24 : 931-939.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing : Concepts of Practice*. 3rd ed. New York : McGraw-Hill.
- Padilla, G.V., et al. (1990). Defining the Content Domain of Quality of life for Cancer patients with pain. *Cancer Nursing*. 13(2) : 108-115.
- Padilla, G.V. & Grant, M.M. (1985). "Quality of Life as A Cancer Nursing Outcomes Variable" *Advances in Nursing Science*. 8 (Oct) : 45-60.
- Patric,D.L. & Erickson, P. (1993).*Health Status and Health Policy :Allocating Resources to Health Care*. New York : Oxford University Press.
- Robinson, R.G., Bolduc, P.L. & Price, T.R. (1987). "Two Years Longitudinal Study of Poststroke Mood Disorders Diagnosis and Outcome at One and Two Years. *Stroke*. 18 (Sep/Oct, 1987) : 837-843.
- Silliman, R.A., et al. (1987). "The Social and Function Consequences of Stroke for Elderly Patients" *Stroke*. 18(Jan-Feb) : 200.
- Thompson, S.C., et al. (1989). "Psychosocial Adjustment following a stroke" *Social Science Medicine*. 28(3) : 239-247.
- Zhan, L. (1992). Quality of life Concept and Measurment Issues. *Journal of Advance Nursing*. 17 (Jul.) : 795-800.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์
และจดหมายขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย

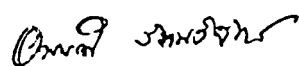
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

3/ มีนาคม 2541

เรียน ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ด้วยดิฉัน นางอาภรณ์ รัตนวิจิตร อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะ กำลังทำวิจัยเรื่อง “การศึกษาปัญหาและสร้างรูปแบบพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก” เพื่อนำผลจากการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยการตอบแบบสอบถามดังที่แนบมาพร้อมนี้ ข้อมูลที่ได้จากท่าน ดิฉันจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยทั้งหมด การขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามครั้งนี้ หากท่านไม่เต็มใจตอบ ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธได้ การปฏิเสธหรือการตอบรับของท่าน จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านจะได้รับ ขอขอบคุณค่ะที่ให้ความร่วมมือ

ขอแสดงความนับถือ



(นางอาภรณ์ รัตนวิจิตร)



ที่ ทม 2003/อ 191

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

๘7 กุมภาพันธ์ 2541

เรื่อง ขอลาอนุเคราะห์เก็บรวบรวมสถิติและข้อมูล
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล _____

เนื่องด้วย นางอาภรณ์ รัตนวิจิตร และคณะ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังดำเนินโครงการวิจัยเรื่อง “การศึกษาปัญหาและสร้างรูปแบบพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก” จะทำการเก็บรวบรวมสถิติและข้อมูลในระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน 2541 เพื่อให้การวิจัยดังกล่าวลุล่วงไปด้วยดี จึงใคร่ขอลาอนุเคราะห์จากท่านและหน่วยงานของท่านเพื่อเก็บรวบรวมสถิติและข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งผลจากการวิจัยในครั้งนี้คาดว่าจะนำมาซึ่งประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไปในอนาคต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ พวงรัตน์ บุญญาธิ์
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ (038) 390462

โทรสาร. (038) 745790

ภาคผนวก ข.
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ฟารีดา อิบราฮิม
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์สุภาภรณ์ ดั่งแพง
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
3. นายแพทย์จิรศักดิ์ กาญจนพงศ์กุล
โรงพยาบาลชลบุรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ภาคผนวก ค.
รายนามผู้ช่วยเหลือข้อมูลวิจัย

รายนามผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย

1. นางนิตยา เจริญลาภวิชัย
โรงพยาบาลระยอง อำเภอเมือง จังหวัดระยอง
2. นางปรีญา ครามะคำ
โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
3. นางสุนันต์ อรรคศิริ
โรงพยาบาลตราด อำเภอเมือง จังหวัดตราด
4. นางยุพา ชอยสกุล
โรงพยาบาลสระแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว
5. นางสุกัลยา จารุพงศ์
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี
6. นางจันทิมา พรเชนศรพงษ์
โรงพยาบาลนครนายก อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก
7. นางสาวปิยพร นิภาพร
โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา

ภาคผนวก ง.
ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือกาเครื่องหมาย / ลงใน ที่ตรงกับความเป็นจริงในปัจจุบันของท่าน

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

โสด

คู่

หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการพึ่งพาสังคม

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ลงใน _ ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. การรับประทานอาหาร

รับประทานอาหารด้วยตนเองได้สะดวก

รับประทานอาหารด้วยตนเองได้ แม้ว่าจะไม่สะดวกแต่ก็ไม่จำเป็นต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือ

รับประทานอาหารด้วยตนเองได้ โดยใช้ช้อนและส้อมที่มีที่ยึดกับมือ

ผู้อื่นช่วยป้อนอาหารให้เป็นครั้งคราว เช่น ในเวลาอ่อนเพลีย

ผู้อื่นป้อนอาหารให้ทุกครั้ง

ได้รับอาหารทางสายยาง

2. การแต่งกาย

แต่งกายด้วยตนเองได้สะดวก

แต่งกายด้วยตนเองได้สะดวก ยกเว้นในเวลาอ่อนเพลีย ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือ

แต่งกายด้วยตนเองได้ โดยใช้เสื้อผ้าที่สวมใส่และถอดออกได้สะดวกเป็นพิเศษ

ผู้อื่นแต่งกายให้ทั้งหมด

ไม่ได้แต่งกาย เพียงแต่ใช้ผ้าคลุมลำตัวไว้

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิต (เฉพาะผู้ป่วยต่อนั้น)

โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกในปัจจุบันของท่าน มากที่สุดโดยมีเกณฑ์การตอบดังต่อไปนี้

ระดับ 5 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจต่อความนั้นมากที่สุด

ร้อยละ 81-100

ระดับ 4 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจต่อความนั้นค่อนข้างมาก

ร้อยละ 61-80

ระดับ 3 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจต่อความนั้นปานกลาง

ร้อยละ 41-60

ระดับ 2 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจต่อความนั้นค่อนข้างน้อย

ร้อยละ 21-40

ระดับ 1 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจต่อความนั้นน้อยที่สุด

ร้อยละ 0-20

ข้อความ	ความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับชีวิตที่ผ่านมา					
2. ท่านพึงพอใจกับการดำเนินชีวิตปัจจุบัน หลังเป็นอัมพาต					
3. ท่านพึงพอใจกับการดูแลของครอบครัว					
4. ท่านพึงพอใจกับที่อยู่อาศัยของท่าน					
5.					
6.					
10. ท่านยังเป็นที่พึ่งของคนในครอบครัว					

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ ผู้ป่วย

ขอให้ผู้สัมภาษณ์สอบถามผู้ป่วย แล้วบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาและรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาให้ครอบคลุมทุกข้อคำถาม

1. สิ่งที่ท่านกังวลและห่วงใยมากที่สุดเนื่องจากความเจ็บป่วยครั้งนี้คืออะไร

2. สิ่งที่ท่านกลัวมากที่สุดในการเจ็บป่วยครั้งนี้คืออะไร

3. ท่านคิดว่าตัวท่านเองเปลี่ยนแปลงไปภายหลังเจ็บป่วยอย่างไร

1.1 อารมณ์

1.2 การเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัว

ภาคผนวก จ

**สัญลักษณ์แทนตัวแปร
และการแปลงค่าตัวแปรหุ่น (Dummy Variabe)**

**สัญลักษณ์แทนตัวแปร
และการแปลงค่าตัวแปรหุ่น (Dummy Variabe)**

- AGE = อายุ
- CAREE =อาชีพ
- CAREE1 - อาชีพเกษตรกร =1 , อาชีพรับจ้าง,อาชีพรับราชการฯ,อาชีพค้าขาย
อาชีพอื่น ๆ = 0
- CAREE2- อาชีพรับจ้าง =1 , อาชีพเกษตรกร,อาชีพรับราชการฯ,อาชีพค้าขาย
อาชีพอื่น ๆ = 0
- CAREE3-อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ =1, อาชีพเกษตรกร,อาชีพรับจ้าง,อาชีพค้าขาย,อาชีพอื่น ๆ =
0
- CAREE4-อาชีพค้าขาย=1, อาชีพเกษตรกร,อาชีพรับจ้าง,อาชีพรับราชการฯ,อาชีพอื่น ๆ=0
- CAREE5-อาชีพอื่น ๆ = 1 ,อาชีพเกษตรกร,อาชีพรับจ้าง,อาชีพรับราชการฯ,อาชีพค้าขาย=0
- COST=ค่ารักษาเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว
- CUR=การรักษา
- CUR1-รักษาแผนปัจจุบัน=1, ภูมิปัญญาท้องถิ่น,รักษาแบบผสมผสานฯ=0
- CUR2-รักษาโดยภูมิปัญญาท้องถิ่น=1, รักษาแผนปัจจุบัน, รักษาแบบผสมผสานฯ=0
- CUR3-รักษาผสมผสานระหว่างแผนปัจจุบันและภูมิปัญญาท้องถิ่น=1, รักษาแผนปัจจุบัน, รักษาแบบ
ผสมผสานฯ=0
- DEVICE=อุปกรณ์ที่ใช้ช่วยขณะเคลื่อนไหว
- DEVICE1-ใช้อุปกรณ์ช่วยขณะเคลื่อนไหว=1, ไม่ใช้ =0
- DURATION=ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
- EDU=การศึกษา
- EDU1-จบการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาตอนต้น=1, จบการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาตอนต้น=0
- EXPENSES= ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว
- INCOMEF=รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวก่อนเจ็บป่วย
- INCOMEP=รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวหลังเจ็บป่วย
- RELIG=ศาสนา
- NRELIG-ศาสนาพุทธ=1, ศาสนาอื่น ๆ =0
- PARA=ระดับความรุนแรงของโรค
- PARA1-อ่อนแรง/อัมพาตด้านเดียว=1, อ่อนแรง/อัมพาตสองด้าน, อื่น ๆ=0
- PARA2-อ่อนแรง/อัมพาตสองด้าน=1, อ่อนแรง/อัมพาตด้านเดียว, อื่น ๆ=0
- PARA3-อื่น ๆ=1, อ่อนแรง/อัมพาตด้านเดียว, อ่อนแรง/อัมพาตสองด้าน =0
- PROB=ปัญหาที่เกิดจากโรค เช่น พูดไม่ชัด มองเห็นภาพซ้อน ฯลฯ
- PROB1-ไม่มี =1, มี =0

REHA=การฟื้นฟูสภาพ

REHA1-กายภาพบำบัด=1, ภูมิปัญญาท้องถิ่น,ไม่ได้ทำกายภาพบำบัด=0

REHA2-ภูมิปัญญาท้องถิ่น=1, ภูมิปัญญาท้องถิ่น,ไม่ได้ทำกายภาพบำบัด=0

RES=สถานที่พักอาศัย

RES1-บ้านของตนเอง=1 บ้านเช่า,อาศัยผู้อื่น= 0

RES2-บ้านเช่า=1,บ้านของตนเอง,อาศัยผู้อื่น =0

RES3-อาศัยผู้อื่น=1 บ้านของตนเอง, บ้านเช่า= 0

SOURCO=แหล่งของคำรักษาพยาบาล

SOURCO1-เบิกได้/มีสวัสดิการ 1, เสียคำรักษา =0

STA=สถานภาพสมรส

STA1-สถานภาพสมรสคู่=1, สถานภาพโสด,สถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยก=0

STA2-สถานภาพโสด=1 ,สถานภาพสมรสคู่ ,สถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยก=0

STA3-สถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยก=1, สถานภาพโสด1 ,สถานภาพสมรสคู่=0

SUMS=ผลรวมของคะแนนการพึ่งพาสังคม

UNDERL=โรคประจำตัว

UNDERL1-ไม่มี=1 , มี=0

TOTAL=ผลรวมของคะแนนคุณภาพชีวิต

ภาคผนวก จ

ค่าสหสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียง

Person Relation	AGE	CAREE1	CAREE2	CAREE3	CAREE4	CAREE5	CAREG1	COST	CUR1	CUR2	CUR3	DEVICE1	DURATION
AGE	1.000												
CAREE1	-216**	-216**		.163**	.075	.208**	.124*	.050	.031	-.034	-.034	.147**	.10
CAREE2	1.000	-235**	-.230**	-.292**	-.200**	-.174**	.032	.193**	.165**	-.036	-.122*	-.022	-.03
CAREE3	-235**	1.000	-354**	-.354**	-.243**	-.212**	-.058	-.163**	-.044	.087	.099*	-.027	-.04
CAREE4	.163**	-.292**	1.000	1.000	-.308**	-.269**	.001	-.042	-.082	-.003	.014	-.038	.04
CAREE5	.075	-.200**	-.308**	1.000	1.000	-.184**	-.013	-.040	-.109*	-.025	.065	.095	.01
CAREG1	.208**	-.174**	-.243**	-.269**	-.184**	1.000	.048	.091	.107*	-.033	-.080	.002	.01
COST	.124*	.032	-.058	.001	-.013	.048	1.000	.077	-.032	.022	.025	.091	-.11
CUR1	.050	.193**	.165**	-.042	-.040	.091	.077	1.000	.030	-.036	-.031	.136**	-.00
CUR2	.031	.163**	.165**	-.032	-.109*	.107*	-.032	.030	1.000	-.074	-.726**	-.236**	-.02
CUR3	-.034	-.036	-.036	-.003	-.025	-.033	.022	.036	-.074	1.000	.643**	.020	-.03
DEVICE1	-.034	.087	.099*	.014	.065	-.080	.025	-.031	-.074	.643**	1.000	.213**	-.03
DURATION	.147**	-.022	-.027	-.038	.095	.002	.091	.136**	-.726**	.020	.213**	1.000	.00
EDU1	.102*	-.036	-.040	.040	.012	.019	-.112*	-.003	-.236**	.020	.008	.089	.08
EXPENSE	-.413**	.159**	.089	-.084	-.047	-.109*	-.124*	.127*	-.029	-.030	-.027	.015	1.00
INCOME	-.098	.158**	-.093	-.044	-.002	.005	.041	.168**	.078	-.029	-.060	-.006	.03
INCOMEF	-.082	.131**	-.137**	-.092	.121*	.014	.033	.219**	.013	-.032	-.014	.035	.01
INCOMEP	-.050	.141**	-.146**	-.079	.088	.034	.058	.226**	.029	-.036	-.027	.019	-.01
NRERIG	.000	.029	.057	-.117*	.004	.053	-.010	-.001	-.051	.018	.038	-.059	-.00
PARA1	-.070	-.049	.068	-.036	.067	-.054	-.018	-.046	-.033	.019	.037	.058	.01
PARA2	.064	.047	-.050	.013	-.052	.050	.008	.063	.022	-.032	.018	-.046	.03
PARA3	.024	.013	-.060	.071	-.052	.020	.030	-.046	.036	.034	-.060	-.044	-.02
PROB1	.064	-.026	-.027	.009	-.027	.077	-.005	.035	-.023	-.014	-.006	-.006	-.05
REHA1	-.002	.061	-.079	.040	.022	-.047	.058	.139**	-.018	-.036	.010	-.140**	-.08
REHA2	.092	-.068	-.026	.084	.004	-.013	.049	.018	-.145**	-.007	.097	.085	-.03
RES1	-.064	-.079	.263**	-.121*	-.029	-.037	-.064	-.008	-.047	-.021	.032	-.079	-.00
RES2	.051	.061	-.279**	.294**	-.019	-.104*	.124*	.131**	-.093	-.055	-.002	.134**	.04
RES3	.122*	-.183**	.195**	-.209**	.035	.203**	-.011	-.145**	.075	.090	.030	-.023	.04
SOURCE1	.123*	.175**	.002	-.100*	-.071	.024	-.024	-.070	.035	-.122*	.078	-.005	-.04
STA1	-.069	.051	-.047	-.027	.041	-.008	-.048	.000	.025	.007	-.038	.015	.02
STA2	-.299**	.135**	.000	.015	-.054	-.103*	.025	.035	-.015	.039	.032	-.072	.04
STA3	.339**	-.162**	.020	-.004	.038	.110*	-.004	-.036	.005	-.044	-.016	.068	-.10
SUMS	-.294**	.130**	.119*	-.096	-.049	-.098	-.186**	-.192**	.097	-.102*	-.083	-.234**	.08
UNDERL1	-.143**	-.043	.143**	-.032	-.013	-.068	-.033	-.017	-.069	-.020	.027	-.090	.03
TOTAL	.045	.167**	-.174**	.027	-.009	.005	.059	.035	.029	-.056	-.036	-.112*	-.05

	EDU1	EXPENSE	INCOMEF	INCOMEP	NRERIG	PARA1	PARA2	PARA3	PROB1	REHA1	REHA2	RES1	RES2
AGE	-.413**	-.098	-.082	-.050	.000	-.070	.064	.024	.064	-.002	.092	-.064	.051
CAREE1	.159**	.158**	.131**	.141**	.029	-.049	.047	.013	-.026	.061	-.068	-.079	.061
CAREE2	.089	-.093	-.137**	-.146**	.057	.068	-.050	-.060	-.027	-.079	-.026	.263**	-.279
CAREE3	-.084	-.044	-.092	-.079	-.117*	-.036	.013	.071	.009	.040	.084	-.121*	.294
CAREE4	-.047	-.002	.121*	.088	.004	.067	-.052	-.052	-.027	.022	.004	-.029	-.019
CAREE5	-.109*	.005	.014	.034	.053	-.054	.050	.020	.077	-.047	-.013	-.037	-.104
CAREG1	-.124*	.041	.033	.058	-.010	-.018	.008	.030	-.005	.058	.049	-.064	.124
COST	.127*	.168**	.219**	.226**	-.001	-.046	.063	-.046	.035	.139**	.018	-.008	.131
CUR1	.092	.078	.013	.029	-.051	-.033	.022	.036	-.023	-.018	-.145**	-.047	-.093
CUR2	.000	-.029	-.032	-.036	.018	.019	-.032	.034	-.014	-.036	-.007	-.021	-.055
CUR3	-.027	-.060	-.014	-.027	.038	.037	-.018	-.060	-.006	.010	.097	.032	-.002
DEVICE1	.015	-.006	.035	.019	-.059	.058	-.046	-.044	-.006	.140**	.085	-.079	.134
DURATION	.031	.017	-.011	-.001	.011	.039	-.023	-.062	-.084	-.032	-.001	.045	.045
EDU1	1.000	.086	.118*	.104*	.022	.127*	-.099	-.098	-.078	-.068	-.123*	-.066	.084
EXPENSE	.086	1.000	.703**	.717**	-.003	.027	-.021	-.020	.005	.012	-.003	-.021	.080
INCOMEF	.118*	.703**	1.000	.966**	-.030	.026	-.029	.005	.042	.050	-.021	-.055	.094
INCOMEP	.104*	.717**	.966**	1.000	-.011	.015	-.009	-.019	.049	.059	-.018	-.053	.106
NRERIG	.022	-.003	-.030	-.011	1.000	-.053	.047	.025	-.084	-.078	.040	.003	-.033
PARA1	.127*	.027	.026	.015	-.053	1.000	-.946**	-.284**	-.020	.026	-.023	-.026	.071
PARA2	-.099	-.021	-.029	-.009	.047	-.946**	1.000	-.043	.019	-.010	.018	.036	-.082
PARA3	-.098	-.020	.005	-.019	.025	-.284**	-.043	1.000	.005	-.049	.016	-.029	.023
PROB1	-.078	.005	.042	.049	-.084	-.020	.019	.005	1.000	-.019	-.012	.021	-.002
REHA1	-.068	.012	.050	.059	-.078	.026	-.010	-.049	-.019	1.000	.635**	-.031	.084
REHA2	-.123*	-.003	-.021	-.018	.040	-.023	-.010	-.049	1.000	.635**	1.000	-.010	.043
RES1	-.066	-.021	-.056	-.053	.003	-.026	.036	-.029	.021	-.031	-.010	1.000	-.392
RES2	.084	.080	.094	.106*	-.033	.071	-.082	.023	-.002	.084	.043	-.392**	1.000
RES3	-.122*	-.096	-.120*	-.115*	.070	-.048	.047	.007	.005	-.106*	-.019	-.116*	-.72€
SOURCO1	-.038	-.031	-.115*	-.125*	.018	-.005	.026	-.061	-.073	-.050	-.113*	-.018	.037
STA1	-.037	.006	.060	.019	-.078	-.029	.039	-.024	.035	.021	-.017	-.052	-.03€
STA2	.288**	.071	.071	.085	.048	.072	-.103*	.082	-.104*	-.057	-.070	-.004	.18€
STA3	-.282**	-.076	-.100*	-.096	-.016	-.062	.089	-.075	.092	.050	.080	.026	-.17€
SUMS	.147**	.013	-.012	-.013	.045	.203**	-.178*	-.098	.101*	-.099	-.085	.048	-.06€
UNDERL1	.045	.088	.053	.019	-.002	.014	.006	-.060	-.027	.018	-.016	.052	-.04€
TOTAL	-.011	.147**	.135**	.148**	-.009	.079	-.058	-.070	.102*	-.001	.062	-.132**	.19€

Pearson Correlation	RES3	SOURCO1	STA1	STA2	STA3	SUMS	UNDERL1	TOTAL
AGE	.122*	.123*	-.069	-.299**	.339**	-.294**	-.143**	.045
CAREE1	-.183**	.175**	.051	.135**	-.162**	.130**	-.043	.167**
CAREE2	.195**	.002	-.047	.000	.020	.119**	.143**	-.174**
CAREE3	-.209**	-.100*	-.027	.015	-.004	-.096	-.032	.027
CAREE4	.035	-.071	.041	-.054	.038	-.049	-.013	-.009
CAREE5	.203**	.024	-.008	-.103*	.110*	-.098	-.068	.005
CAREG1	-.011	-.024	-.048	.025	-.004	-.186**	-.033	.059
COST	-.145**	-.070	.000	.035	-.036	-.192**	-.017	.035
CUR1	.075	.035	.025	-.015	.005	.097	-.069	.029
CUR2	.090	-.122*	.007	.039	-.044	-.102*	-.020	-.056
CUR3	.030	-.078	-.038	.032	-.016	-.083	.027	-.036
DEVICE1	-.023	-.005	.015	-.072	.068	-.234**	-.090	-.112*
DURATION	-.041	.021	.049	-.100*	.082	.034	-.135**	-.059
EDU1	-.122*	-.038	-.037	.288**	-.282**	.147**	.045	-.011
EXPENSE	-.096	-.031	.006	.071	-.076	.013	.088	.147**
INCOMEF	-.120*	-.115*	.060	.071	-.100*	-.012	.053	.135**
INCOMEP	-.115*	-.125*	.019	.085	-.096	-.013	.019	.148**
NRERIG	.070	.018	-.078	.048	-.016	.045	-.002	-.009
PARA1	-.048	-.005	-.029	.072	-.062	.203**	.014	.079
PARA2	.047	.026	.039	-.103*	.089	-.178**	.006	-.058
PARA3	.007	-.061	-.024	.082	-.075	-.098	-.060	-.070
PROB1	.005	-.073	.035	-.104*	.092	.101*	-.027	.102*
REHA1	-.106*	-.060	.021	-.057	.050	-.099	.018	-.001
REHA2	-.019	-.113*	-.017	-.070	.080	-.085	-.016	.062
RES1	-.116*	-.018	-.052	-.004	.026	.048	.052	-.132**
RES2	-.726**	.037	-.039	.184**	-.174**	-.064	-.046	.192**
RES3	1.000	-.033	.040	-.233**	.224**	-.022	-.001	-.169**
SOURCO1	-.033	1.000	-.032	-.031	.046	.023	-.156**	-.023
STA1	.040	-.032	1.000	-.288**	-.135**	-.051	.079	-.029
STA2	-.233**	-.031	-.288**	1.000	-.910**	.202*	.105*	.144**
STA3	.224**	.046	-.135**	-.910**	1.000	-.187**	-.142**	-.137**
SUMS	-.022	.023	-.051	.202**	-.187**	1.000	.011	.347**
UNDERL1	-.001	-.156**	.079	.105*	-.142**	.011	1.000	-.005
TOTAL	-.169**	-.023	-.029	.144**	-.137**	.347**	-.005	1.000

ภาคผนวก ช

สมการทำนายคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	SUMS		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
2	CAREE2		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
3	RES2		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
4	EXPENSE		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).

a. Dependent Variable: TOTAL

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.347 ^a	.120	.118	8.6672
2	.409 ^b	.167	.163	8.4435
3	.440 ^c	.193	.187	8.3213
4	.454 ^d	.206	.198	8.2656

a. Predictors: (Constant), SUMS

b. Predictors: (Constant), SUMS, CAREE2

c. Predictors: (Constant), SUMS, CAREE2, RES2

d. Predictors: (Constant), SUMS, CAREE2, RES2, EXPENSE

ANOVA^e

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3982.552	1	3982.552	53.016	.000 ^a
	Residual	29146.372	388	75.120		
	Total	33128.923	389			
2	Regression	5538.765	2	2769.383	38.845	.000 ^b
	Residual	27590.158	387	71.292		
	Total	33128.923	389			
3	Regression	6400.939	3	2133.646	30.814	.000 ^c
	Residual	26727.984	386	69.243		
	Total	33128.923	389			
4	Regression	6825.552	4	1706.388	24.976	.000 ^d
	Residual	26303.371	385	68.320		
	Total	33128.923	389			

a. Predictors: (Constant), SUMS

b. Predictors: (Constant), SUMS, CAREE2

c. Predictors: (Constant), SUMS, CAREE2, RES2

d. Predictors: (Constant), SUMS, CAREE2, RES2, EXPENSE

e. Dependent Variable: TOTAL

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	36.546	1.562		23.396	.000
	SUMS	.426	.058	.347	7.281	.000
2	(Constant)	36.791	1.523		24.162	.000
	SUMS	.457	.057	.373	7.976	.000
	CAREE2	-4.873	1.043	-.218	-4.672	.000
3	(Constant)	33.978	1.699		19.995	.000
	SUMS	.464	.057	.378	8.202	.000
	CAREE2	-3.840	1.069	-.172	-3.593	.000
	RES2	3.415	.968	.168	3.529	.000
4	(Constant)	33.707	1.691		19.928	.000
	SUMS	.460	.056	.375	8.188	.000
	CAREE2	-3.638	1.065	-.163	-3.417	.001
	RES2	3.276	.963	.161	3.402	.001
	EXPENSE	6.442E-05	.000	.114	2.493	.013

a. Dependent Variable: TOTAL

ภาคผนวก ข

ประวัติผู้วิจัย