

นิพนธ์ต้นฉบับ

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ**

สุภาพร กิติหล้า, วท.บ. (กิจกรรมบำบัด)*, ธีระวุธ ธรรมกุล, ส.ค.,
วรางคณา จันทร์คง, ปร.ค. (ประชากรศาสตร์)****

*นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,

**สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Received: December 19, 2018 Revised: January 9, 2019 Accepted: April 9, 2019

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญเนื่องจากการวัดที่ให้ความสำคัญกับการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อข้อจำกัดทางด้านร่างกายของตนเองที่เป็นผลจากรอยโรคได้ นอกจากนี้การทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ยังช่วยให้นักวิชาการทางการแพทย์สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการรักษาเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา: เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (2) อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัสดุและวิธีการ: เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการรู้จักปกติ ที่มารับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 จำนวน 135 คน จากจำนวนประชากร 560 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของโคเฮน และใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยตารางเลขสุ่ม เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามมีความเที่ยงในส่วนของคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.87 และในส่วนของความซึมเศร้า เท่ากับ 0.77 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ระดับการศึกษา ความซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ประเภทผู้ดูแล และระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวัน ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายการผันแปรคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 42 โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาและต่ำกว่า มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้ามากมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความซึมเศร้าหรือมีความซึมเศร้าน้อย ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อยมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล และผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวันมากมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลน้อย

สรุป: ในการวางแผนพัฒนารูปแบบการให้บริการ ตลอดจนจัดทำนโยบายแผนงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยพึ่งพาผู้ดูแลให้น้อยที่สุด การส่งเสริมด้านการศึกษา การฝึกอาชีพ และการจัดหางานให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมด้านผู้ดูแล ทั้งประเภทผู้ดูแล และความช่วยเหลือที่ต้องการ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง; คุณภาพชีวิต; ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**Factors Affecting Quality of Life of Stroke Patients at
Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute**

**Supaphorn Kitila, B.S. (Occupational Therapy)*, Theerawut Thammakun, Dr. P.H. **,
Warangkana Chankong, Ph.D. (Demography)****

*Master of Public Health Program in Public Health Administration Sukhothai Thammathirat Open University,

**School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

Abstract

Background: Stroke is a neurological disorder which is a major health problem in Thailand. Stroke survivors frequently suffer from disabilities resulting from a disease which severely impact on their quality of life. Quality of life measurement is important because it reveals the patient's own perception of their disabilities resulting from a disease. Knowledge of which factors affect quality of life can assist health personnel to develop suitable programs to enhance patients' well-being.

Objective: The objectives of this study were to (1) determine the patient factors, caregiver factors and patient's quality of life, and (2) determine factors affecting quality of life in stroke patients at the Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute (SNMRI).

Materials and method: A cross-sectional survey was conducted to investigate the relationship between patients who had suffered strokes and their quality of life. A total of 135 out of 560 stroke SNMRI patients who had normal cognitive function were selected to take part in the study between April and June 2018, using the simple random sampling method. Data were collected using a questionnaire. The reliability value for quality of life was 0.87 with depression at 0.77. Statistics used for data analyses included frequency,

percentage, mean, standard deviation, and multiple linear regression.

Results: Factors that significantly affected the quality of life of stroke patients included educational level, depression scale, activities of daily living scale, caregiver type, and care time period which accounted for quality of life score at 42 %. Patients with diplomas or lower educational levels had lower quality of life than patients with bachelor degrees or higher. Patients with no or minimal depression had lower quality of life than those experiencing higher rates of depression. Patients with greater independence had higher quality of life than those who depended on others. Patients with caregivers who required extensive and lengthy care had lower quality of life than those who did not have caregivers and were more self-sufficient.

Conclusion: To develop optimal policies and program delivery for stroke patients, health personnel and all relevant health administrators should monitor symptoms of depression and promote patients' independence in daily living activities through education and career paths. Caregiver burden should also be considered.

Keywords: stroke; quality of life; stroke caregiver

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่ทางการแพทย์ทั่วโลกในปัจจุบันให้ความสนใจและมีแนวโน้มว่าจะเป็นปัญหาสำคัญต่อไปในอนาคต¹ จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2559 เท่ากับ 38.6, 43.3 และ 43.6 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของผู้ป่วยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ 5 โรค พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดโดยมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5–2.0 เท่าตัว² นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years: DALYs) ของประชากรไทย โดยพบว่าการสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นการสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชายที่ยังอยู่ในวัยทำงานและทำหน้าที่เป็นเสาหลักของครอบครัว³ ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักมีความบกพร่องทางด้านต่าง ๆ หลงเหลืออยู่ ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว จากรายงานการศึกษาและวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำกว่าคุณภาพชีวิตของคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ⁴ นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างกันตามระยะเวลาการเกิดโรค¹

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ควรคำนึงถึงไม่น้อยไปกว่าการประเมินผลลัพธ์ของการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ⁵ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติกลับพบว่าการวัดผลลัพธ์ทางการรักษาในรูปแบบของคุณภาพชีวิตกลับมีน้อยมากเมื่อเทียบกับการวัดผลลัพธ์ของการรักษาในรูปแบบอื่น¹ ทั้งที่การวัดผลลัพธ์ทางการรักษาที่ออกมาในรูปแบบการวัดคุณภาพชีวิต ถือเป็น การวัด ที่ให้ความสำคัญกับมุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อสถานะทางสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการให้การรักษแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการรักษา (patient-centered)⁶ การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมาพบว่า ผลลัพธ์ที่ได้มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา^{6,8-10} สำหรับในประเทศไทย พบว่าการศึกษารายงานส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่ในกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทั่วไปที่ผู้ป่วยยังอยู่ในระยะเฉียบพลัน (acute phase) และกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ที่บ้านซึ่งมีการเจาะจงทำการศึกษาเฉพาะบางพื้นที่เท่านั้น⁷ สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งมีบริบทที่แตกต่างทั้งในด้านระยะเวลาการเจ็บป่วย ลักษณะการดำเนินชีวิต รวมถึงความเข้มข้นของการได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านการแพทย์ จากการสืบค้นข้อมูลที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีผู้ทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากนัก การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติในครั้งนี้ จึงอาจนำมาซึ่งผลลัพธ์ของการศึกษาที่แตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมา และสามารถนำไปสู่การศึกษาอื่นๆ ที่น่าสนใจในอนาคตได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (2) อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 จำนวน 135 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 560 คน เกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้ป่วยต้องมีการรู้คิด (cognitive function) ปกติ โดยประเมินด้วยแบบประเมินการรู้คิดฉบับภาษาไทย (Thai version of montreal cognitive assessment) ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่ยินยอมให้ข้อมูลครบทุกหัวข้อในแบบสอบถามหรือขอถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยจะถูกคัดออก ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้

การประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของโคเฮน (1977) คำนวณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Free Statistics Calculators version 4.0 (Soper, D.S., 2018) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 ($\alpha=0.05$) กำหนดอำนาจทดสอบเท่ากับ 0.80 และกำหนดค่าประมาณขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.15 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้ตารางเลขสุ่ม การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งข้อคำถามออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และข้อมูลด้านผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม/โรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อน ความซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การมี/ไม่มีผู้ดูแลประเภทผู้ดูแล และระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวัน โดย

- ปัจจัยด้านความซึมเศร้า ใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2 Q) พัฒนาโดย สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9 Q) พัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถามและได้ผลการคัดกรองเป็นปกติ จะได้รับการแปรผลว่าไม่เป็นโรคซึมเศร้า ส่วนผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้ผลการคัดกรองเป็นไม่ปกติจะต้องประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ซึ่งแปลผลคะแนนออกเป็น 4 ระดับคือ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง¹¹

- ปัจจัยด้านกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินบาร์เรลฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย ปิยะภัทร เดชพระธรรมและคณะ โดยแปลผลการประเมินออกได้เป็น 5 ระดับคือ ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เลย สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง สามารถประกอบ

กิจวัตรประจำวันได้มาก และสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด¹²

2) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF - THAI) พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล และคณะ ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมคุณภาพชีวิตทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และแปลผลคะแนนออกเป็นระดับคุณภาพชีวิต 3 ระดับคือ มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี มีคุณภาพชีวิตกลางๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹³

แบบสอบถามทั้งฉบับได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามในส่วนที่เป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (rating scale) ซึ่งได้แก่ แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9 Q) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF - THAI) ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.771 และ 0.873 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านผู้ดูแล และระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้วิธีการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (multiple regression) และข้อมูลได้ผ่านการตรวจสอบข้อตั้งเบื้องต้น (assumption) สำหรับการวิเคราะห์สถิติการถดถอยพหุคูณเรียบร้อยแล้วก่อนการนำเข้าสู่สมการ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.7) มีอายุเฉลี่ย 58.83 ปี โดยกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 45.9) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 40 - 60 ปี และ น้อยกว่า 40 ปี ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 68.1) รองลงมาคือมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 18.5) และสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ใน

ด้านระดับการศึกษา พบว่าเกินครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 57.8) ระดับอนุปริญญาและต่ำกว่า ร้อยละ 42.2 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย คือ 23.98 เดือน โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือนถึง 2 ปี (ร้อยละ 49.7) ผู้ป่วยร้อยละ 85.9 มีโรคร่วม/โรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อน

ด้านความซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความซึมเศร้าเฉลี่ย 3.73 คะแนน โดยผู้ป่วยเกินกว่าครึ่งหนึ่ง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามระดับความซึมเศร้าและระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (n = 135)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความซึมเศร้า		
ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการระดับน้อยมาก	98	72.6
มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย	28	20.7
มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง	7	5.2
มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง	2	1.5
$\bar{X} = 3.73$ SD = 5.00 Min = 0 คะแนน Max = 20 คะแนน		
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน		
ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เลย	4	3.0
สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย	11	8.1
สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง	39	28.9
สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก	44	32.6
สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองทั้งหมด	37	27.4
$\bar{X} = 77.26$ SD = 22.36 Min = 20 คะแนน Max = 100 คะแนน		

ด้านคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 86.29 คะแนน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลางๆ (ร้อยละ 69.6) รองลงมาคือมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 3.7) และเมื่อแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็นด้านต่างๆ จำนวน

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม และรายด้าน (n = 135)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
1. คุณภาพชีวิตโดยรวม	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	5	3.7
	คุณภาพชีวิตกลางๆ	94	69.6
	คุณภาพชีวิตที่ดี	36	26.7
$\bar{X} = 86.29$ SD = 13.34 Min = 53 คะแนน Max = 115 คะแนน			

ไม่มีอาการเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีอาการระดับน้อยมาก (ร้อยละ 72.6) รองลงมาคือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง ตามลำดับ ด้านระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก (ร้อยละ 32.6) รองลงมาคือ ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง และ ได้ด้วยตนเองทั้งหมด ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในระดับไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เลยมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.0 (ตารางที่ 1)

ทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลางๆ ในทุกด้าน รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม และรายด้าน (n = 135) (ต่อ)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
2.ด้านร่างกาย	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	10	7.4
	คุณภาพชีวิตกลางๆ	112	83.0
	คุณภาพชีวิตที่ดี	13	9.6
$\bar{X} = 21.74$ SD = 3.79 Min = 10 คะแนน Max = 32 คะแนน			
3.ด้านจิตใจ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	10	7.4
	คุณภาพชีวิตกลางๆ	83	61.5
	คุณภาพชีวิตที่ดี	42	31.1
$\bar{X} = 20.45$ SD = 4.16 Min = 8 คะแนน Max = 30 คะแนน			
4.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	19	14.1
	คุณภาพชีวิตกลางๆ	89	65.9
	คุณภาพชีวิตที่ดี	27	20.0
$\bar{X} = 9.79$ SD = 2.07 Min = 4 คะแนน Max = 15 คะแนน			
5. ด้านสิ่งแวดล้อม	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	6	4.4
	คุณภาพชีวิตกลางๆ	69	51.2
	คุณภาพชีวิตที่ดี	60	44.4
$\bar{X} = 28.16$ SD = 4.93 Min = 14 คะแนน Max = 37 คะแนน			

ด้านผู้ดูแล พบว่าร้อยละ 82.2 ของผู้ป่วยมีผู้ดูแล โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลคือกลุ่มที่มีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมาก และได้ด้วยตัวเองทั้งหมดเท่านั้น ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ระดับปานกลางลงมาต้องมีผู้ดูแลทั้งหมด (ร้อยละ 100) ด้านประเภผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัว (ร้อยละ 77.5) รองลงมาคือ ลูกจ้างทั่วไป (ร้อยละ 18.0) และลูกจ้างจากศูนย์จัดหาผู้ดูแล (ร้อยละ 4.5) โดยผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัวส่วนใหญ่มีความ

สัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 70.9) รองลงมาคือเป็นบุตร และพ่อแม่ ด้านระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวันพบว่า ผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลอยู่ด้วย เฉลี่ย 19.07 ชั่วโมงต่อวัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องมีผู้ดูแลมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 76.6) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เลยทั้งหมดต้องมีผู้ดูแลอยู่ด้วยตลอด 24 ชั่วโมง และเมื่อสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น จำนวนระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลก็จะลดลงตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีผู้ดูแลและต้องมีผู้ดูแล 24 ชั่วโมงต่อวัน จำแนกตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีผู้ดูแล	ร้อยละของผู้ป่วยที่ต้องมีผู้ดูแล 24 ชั่วโมง/วัน
ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เลย	100	100
สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย	100	72.7
สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง	100	82.0
สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก	90.9	47.7
สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองทั้งหมด	45.9	18.9

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแยกเป็นรายปัจจัย พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีจำนวนหมด 6 ปัจจัย ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเข้มเข้ร่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การมี/ไม่มีผู้ดูแล ประเภทผู้ดูแล และระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวัน โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) โดยสามารถอธิบายการผันแปรคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 42 ($R^2 = 0.420$) (ตารางที่ 4) โดยในด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีคะแนน

คุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ผู้ป่วยที่ไม่มี ความเข้มเข้ร่าหรือมีความเข้มเข้ร่าน้อยมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มเข้ร่าระดับสูงขึ้นไป ส่วนระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงไปตามลำดับ ด้านผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแล โดยผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัวมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นลูกจ้างทั่วไป นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลต่อวันมีอิทธิพลทางลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Enter

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
	Mean	SD	beta	95% CI	p-value
ระดับการศึกษา					
อนุปริญญาและต่ำกว่า	79.7	5.9			
ปริญญาตรีขึ้นไป	84.5	1.9	0.2	0.9,8.6	0.015
ความเข้มเข้ร่า	78.6	0.2	-0.4	-1.6,-0.8	< 0.001
การทำกิจวัตรประจำวัน	79.9	0.1	0.2	<0.1,0.2	0.027
การไม่มีผู้ดูแลและมีผู้ดูแลประเภทต่าง ๆ					
ไม่มีผู้ดูแล	79.7	5.9			
ผู้ดูแลเป็นคู่สมรส	72.4	3.6	-0.3	-14.4,-0.2	0.043
ผู้ดูแลเป็นพ่อแม่	75.7	6.3	<-0.1	-16.5,8.3	0.515
ผู้ดูแลเป็นบุตร	77.6	4.8	<-0.1	-11.6,7.2	0.647
ผู้ดูแลญาติอื่นๆ	78.3	4.8	<-0.1	-11.0,8.2	0.772
ลูกจ้างจากศูนย์จัดหาผู้ดูแล	69.6	6.2	<-0.1	-22.4,2.1	0.103
ลูกจ้างทั่วไป	78.4	4.4	<-0.1	-10.1,7.4	0.757
ระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวัน	79.9	0.1	0.1	-0.1,0.5	0.212
R = 0.648 R ² = 0.420 F = 8.991 p-value < 0.001					

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีจำนวนทั้งสิ้น 6 ปัจจัย ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเข้มเข้ร่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การมี/ไม่มีผู้ดูแล ประเภทผู้ดูแล และระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวัน โดยด้านระดับการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา

อนุปริญญาและต่ำกว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยต่ำกว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งผลที่ได้อาจมีความเป็นไปได้มาจากหลายสาเหตุ เช่น ลักษณะงานโอกาสในการกลับมาทำงาน และรายได้ของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำมักมีอาชีพเป็นผู้ใช้แรงงานหรือกรรมกร ซึ่งต้องอาศัยร่างกายที่สามารถทำหน้าที่ได้เป็นปกติ เมื่อมีความ

บกพร่องของร่างกายที่เกิดขึ้นจากรอยโรค จึงมีโอกาส น้อยมากที่จะถูกจ้างให้กลับมาทำงานอีกครั้ง ในขณะที่ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มักเป็น งานที่เป็นลักษณะงานที่เกี่ยวข้องกับงานเอกสาร ซึ่ง ความบกพร่องของร่างกายไม่กระทบกระเทือนต่องาน มากนัก การที่ผู้ป่วยไม่มียางานนี้สามารถส่งผลกระทบต่อ เศรษฐกิจของตนเองและครอบครัว ซึ่งจะต่อเนื่องไป ถึงคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยต่อไป¹⁰ ดังนั้นในการ วางแผนการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ บุคลากรที่เกี่ยวข้องจึงอาจต้องมีการคำนึงถึงการส่งเสริม ความสามารถทางด้านร่างกายที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้ ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานตามอาชีพเดิมของตนได้ หรือในบางราย อาจมีความจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริม ทักษะใหม่ให้เหมาะกับระดับความสามารถทางด้าน ร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยน ไปประกอบอาชีพอื่นๆ ที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นการช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นภายหลังการเจ็บป่วย

ด้านความซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่าความ ความซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ หลายการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า อาการซึมเศร้าเป็น ปัจจัยสำคัญและมีความสัมพันธ์ในทางลบต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย^{4,7,14} การให้การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงควรให้ความสำคัญกับภาวะซึมเศร้าที่อาจ เกิดขึ้น โดยควรมีการให้ความรู้แก่ครอบครัว ญาติ และ บุคคลใกล้ชิด ในเรื่องการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะซึม เศร้า การมีแนวทางในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ตั้งแต่ในระยะเฉียบพลันและการประเมินซ้ำเป็นระยะ เพื่อ การให้การรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสมและทันที่ นอกจากนี้ ครอบครัว ชุมชน สังคม ยังอาจมีส่วนช่วยในการส่งเสริม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยได้ด้วย

ด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำ วัน พบว่าระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวันมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับหลาย การศึกษาที่ผ่านมา^{8,15} ดังนั้นบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมถึง ครอบครัวของผู้ป่วย จึงควรให้ความสำคัญกับการเพิ่ม ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

เนื่องจากความสามารถในการช่วยเหลือตนเองโดยไม่ต้อง พึ่งพิงผู้อื่นหรือพึ่งพิงผู้อื่นน้อย อาจมีส่วนช่วยในด้าน จิตใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ เกิดความ ภูมิใจในตนเอง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้นได้

สำหรับปัจจัยด้านผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า การ มี/ไม่มีผู้ดูแล ประเภทผู้ดูแล และระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องมี ผู้ดูแลต่อวัน มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับหลาย การศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านผู้ดูแล และระยะเวลาที่ต้อง มีผู้ดูแลต่อวัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง^{5,8} โดยเมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยในการศึกษานี้จะพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลมี คะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแล และระยะ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องการผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้นจะทำให้คะแนน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยิ่งลดลง อย่างไรก็ตาม เมื่อ พิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถใน การประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกับการมี/ไม่มีผู้ ดูแล และระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลต่อวัน จะพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยเหลือตนเอง ได้เล็กน้อยมีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลที่ต้องอยู่ด้วย 24 ชั่วโมง ในขณะที่ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ความจำเป็นที่ต้องมีผู้ดูแลจะลดลงตามลำดับ ดังนั้นผลที่ ได้จากการศึกษานี้จึงอาจไม่สามารถสรุปได้ว่า การมีผู้ ดูแล และระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวันมีอิทธิพลกับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้โดยตรง เนื่องจากการมี/ไม่มีผู้ดูแล และระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องมีผู้ ดูแลต่อวัน เป็นความจำเป็นที่สืบเนื่องมาจากระดับความ สามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับด้านผู้ดูแลที่น่าสนใจ อีกประการหนึ่งก็คือ เมื่อวิเคราะห์แยกย่อยตามประเภท ผู้ดูแลแล้ว พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมี คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลประ เภทอื่นๆ ทุกประเภท ยกเว้นกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลจากศูนย์ จัดหาผู้ดูแล ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าว อาจมีสาเหตุมาจาก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึง อาจคาดเดาได้ว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสดังกล่าวก็อยู่ในวัย สูงอายุเช่นเดียวกับกับผู้ป่วย การให้การดูแลผู้ป่วยเป็น

ระยะเวลาที่ยาวนานอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง ซึ่งสามารถส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงตามไปด้วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุเช่นเดียวกับกับผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์เป็นสามีภรรยา การให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะยาวก่อให้เกิดภาระต่อผู้ดูแลในระดับสูง ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ เวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัวและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง¹⁶ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ดูแลกลุ่มนี้โดยเฉพาะเจาะจง เพื่อให้ได้ผลสรุปที่มีความชัดเจน และสามารถนำไปวิเคราะห์หาสาเหตุที่เป็นปัจจัยที่แท้จริงที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในผู้ดูแลกลุ่มนี้ต่ำกว่ากลุ่มผู้ดูแลประเภทอื่นๆ ซึ่งอาจสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายในการช่วยเหลือและสนับสนุนด้านผู้ดูแลกลุ่มดังกล่าวได้ต่อไปในอนาคต

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ อาจไม่สามารถนำไปใช้ในการอธิบายระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีทั้งหมดได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้จำกัดเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการรู้คิดปกติ นอกจากนี้หากพิจารณาจากข้อมูลที่ได้จะพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับสูง ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านความรู้คิด และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือเป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ผลการศึกษาที่ได้ อาจมีความแตกต่างออกไป การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยด้านผู้ดูแล ทั้งด้านประเภทผู้ดูแล ระยะเวลาในการให้การดูแล และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลทั้งกลุ่มที่เป็นคนในครอบครัวและลูกจ้าง เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ศิรินาถ ตงศิริ พญ.ดลฤดี ศรีสุภผล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศุภลักษณ์ เข้มทอง อาจารย์พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง และอาจารย์ภัชราภรณ์ กองเกิด ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่สละเวลาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและรายละเอียดของข้อคำถาม รวมถึงให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการสร้างแบบสอบถามที่ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลการวิจัย ขอขอบคุณสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูล ตลอดจนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติ และผู้ดูแล ที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่การทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Patel MD, McKeivitt C, Lawrence E, Rudd AG, Wolfe CD. Clinical determinants of long-term quality of life after stroke. *Age Ageing* 2007;36:316-22.
2. Bureau of Non Communicable Diseases. Annual Report 2016. Nonthaburi: Thai NCD Department of Disease Control; 2016.
3. Pemsirivanich W, Suwapan D. Update on Poststroke Management. Songkhla: Chanmaung Kanpim; 2008.
4. Jönsson AC, Lindgren I, Hallström B, Norrving B, Lindgreen A. Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke* 2005;36:803-8.
5. Carod-Artal FJ, Egido JA. Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. *Cerebrovasc Dis* 2009;27:204-14.
6. Kranciukaite D, Rastenyte D. Measurement of quality of life in stroke patients. *Medicina (Kaunas)* 2006;42:709-16.
7. Khanittha Raksaken, Surachat Sittipakorn, Apinya Wongpiriyayothar. Quality of life of stroke survivors after the first six month, Mahasarakham hospital. *Journal of Science and Technology Mahasarakham University*. 2013:164-71.
8. Chuejedton R, Tamdee D. Factors related to quality of life among stroke survivors. *Journal of Associated Medical Sciences* 2017;50:597-604.

9. Klinedinst NJ, Gebhardt MC, Aycok DM, Nichols-Larsen DS, Uswatte G, Wolf SL, et al. Caregiver characteristics predict stroke survivor quality of life at 4 months and 1 year. *Res Nurs Health* 2009;32:592-605.
10. Nichols-Larsen DS, Clark PC, Zeringue A, Greenspan A, Blanton S. Factors influencing stroke survivors's quality of life during subacute recovery. *Stroke* 2005;36:1480-4.
11. Department of Mental Health. Guideline for Mental Health Evaluation for personels. Nonthaburi: Division of Mental Health Promotion and Development; 2015.
12. Dajpratham P, Meenaphant R, Junthon P, Jantharakasamjit S, Yuwan A. The Inter-rater reliability of barthel index (Thai version) in stroke patients. *J Thai Rehabil.* 2006;16:1-9.
13. Mahatnirankul S, Tantipiwattanaskul W, Pumpaisanchai W, Wongsuwan K, Pornmanajirangul R. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). Chiangmai: Suanprung Hospital, Department of Mental Health; 1998
14. Kamel A, Ghani A, Zaiton MA, El-Motayamm AS, El-Fattah DA. Health related quality of life in stroke survivors measured by the stroke impact scale. *Egypt J Neurol Psychiatr Neurosurg*2010;347:267-74.
15. Robinson-Smith G, Johnston MV, Allen J. Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Arch Phys Med Rehabil*2000;81:460-4.
16. Kunyodying T, Pothiban L, Khampolsiri T. Dependency of the elderly with stroke, caregiver burden, social support, and quality of life among older caregivers. *Nursing Journal*2015;42:107-17.