

## ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วชิรา โพธิ์ใส,<sup>1</sup> ราตรี บุญชู,<sup>1</sup> ดวงกมล วัตราคุลย์,<sup>2</sup> คุณัสปรกรณ์ มัคคัปปหลานนท์<sup>3</sup> และ  
ปราโมทย์ ถ่างกระโทก<sup>4</sup>

<sup>1</sup>กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, <sup>2</sup>สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการ  
พยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย, <sup>3</sup>สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี,  
<sup>4</sup>สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อศึกษา  
ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**วิธีการ** การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะ  
เจาะจง จำนวน 150 ราย ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือน  
มีนาคม พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก 2)  
แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ 0.92 และ 3) แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะ  
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับภาษาไทย มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง  
พรรณนา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

**ผลการศึกษา** กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 51.80 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.62 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.33 ค่า  
เฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.05, SD  
= 0.21) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.06, SD =  
0.66) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ ( $r=0.484, p < .001$ )

**สรุป** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อีกทั้งความรอบรู้ด้าน  
สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความ  
รอบรู้ด้านสุขภาพจิตอาจจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น **เชียงใหม่เวชสาร 2564;60(1):63-74.**  
**doi 10.12982/CMUMEDJ.2021.06**

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต โรคหลอดเลือดสมอง

### บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นภาวะ เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง อีกทั้งผู้ที่รอดชีวิตจากโรค  
ฉุกเฉินที่คุกคามชีวิตอย่างเฉียบพลัน และมีความ หลอดเลือดสมองจะมีภาวะทุพพลภาพ สูญเสียความ

**ติดต่อเกี่ยวกับบทความ:** วชิรา โพธิ์ใส, พย.ม., กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล  
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี 34000, ประเทศไทย  
อีเมล: vachira.nurse1991@gmail.com

**วันรับเรื่อง** 10 พฤษภาคม 2563, **วันส่งแก้ไข** 1 ตุลาคม 2563, **วันยอมรับการตีพิมพ์** 11 พฤศจิกายน 2563



สามารถในการทำงานของร่างกายหรืออวัยวะสำคัญ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับที่สามารถรองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคมะเร็งของประชากรทั่วโลก เป็นสาเหตุการตายอันดับที่สองในประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ห้าในประชากรที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี จากรายงานองค์การอนามัยโลกพบว่า (1) ทั่วโลกมีประชากรที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองกว่า 5.5 ล้านคนต่อปี โดยแบ่งเป็นเพศหญิง 3 ล้านคนต่อปี และเพศชาย 2.5 ล้านคนต่อปี เช่นเดียวกับประเทศไทยที่ต้องประสบกับปัญหาดังกล่าวเช่นกัน จากรายงานพบว่า ในปี ค.ศ. 2017 (2) ประเทศไทยพบความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในประชากรสูงถึงกว่า 8.9 แสนคน จำแนกเป็นภาวะหลอดเลือดสมองตีบประมาณ 6.2 แสนคน และภาวะเลือดออกในสมอง ประมาณ 3.1 แสนคน โดยพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดสมองสูงถึง 1.0 แสนคน เป็นภาวะหลอดเลือดสมองตีบสูงถึง 6.0 หมื่นคน และอุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดออกในสมองสูงถึง 4.1 หมื่นคน มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยสูงถึง 4.1 หมื่นคน เป็นการเสียชีวิตจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ 1.4 หมื่นคน และเสียชีวิตจากภาวะเลือดออกในสมอง 2.6 หมื่นคน ส่งผลกระทบต่อการสูญเสียปีสุขภาวะสูงถึง 1.0 ล้านปีสุขภาวะ สรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองมีความชุกและอุบัติการณ์ที่เพิ่มมากขึ้นทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้เกิดการสูญเสียชีวิตในประชากร เป็นภาระต่อระบบบริการสาธารณสุข สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา (3,4) ซึ่งเป็นภาระทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาลทั้งในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง รวมถึงประเทศไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะต้องเผชิญกับ

ปัญหาสุขภาพจิตและความผิดปกติด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยมากที่สุดทั้งความถี่และความรุนแรง ปัญหาสุขภาพจิตและความผิดปกติด้านอารมณ์ในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (5) ที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า พบได้ร้อยละ 81 (6) ความเครียด พบได้ร้อยละ 30 (7) ความวิตกกังวล พบได้ร้อยละ 25 (8) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล (9-11) ผลการวิจัยก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่า ปัญหาสุขภาพจิตและความผิดปกติด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke-specific quality of life) โดยปัญหาสุขภาพจิตและความผิดปกติด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (10,12) นั้นแสดงให้เห็นว่าถ้าผู้ป่วยมีความถี่ของปัญหาสุขภาพจิตและความผิดปกติด้านอารมณ์มากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง เนื่องจากผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะคิดว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว (13) อันเป็นผลมาจากสูญเสียความสามารถในการทำงานของร่างกายหรืออวัยวะสำคัญ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ รู้สึกว่าตนเองสูญเสียความมีคุณค่า บทบาททางสังคม รวมไปถึงการสูญเสียด้านเศรษฐกิจ อาทิ การสูญเสียรายได้จากการทำงาน การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (14) จะเห็นได้ว่า ปัญหาสุขภาพจิตและความผิดปกติด้านอารมณ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแย่ลง ดังนั้น การป้องกันและเสริมสร้างให้ผู้ป่วยไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิตและความผิดปกติด้านอารมณ์จึงเป็นประเด็นสำคัญเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการให้เกิดผลเป็นรูปธรรมโดยเร็ว

ความรู้รอบด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) เป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ความรู้ด้านสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพจิตของบุคคลหรือผู้อื่น ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดจากปัญหาสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์ในการแสวงหาความช่วยเหลือ การรักษา และการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์ในการช่วยเหลือตนเองที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้น และทักษะเบื้องต้นในการช่วยเหลือบุคคลอื่นที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังรวมถึงการมีความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์ในการสนับสนุนตนเองหรือบุคคลอื่นที่มีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการปัญหาสุขภาพจิต การมีความรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ครอบครัวมีสุขภาพจิตที่ดี (15-17) ดังนั้น หากบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดีจะส่งผลให้การจัดการและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลให้ดียิ่งขึ้นได้ อันจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น ซึ่งในปัจจุบันการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรู้รอบด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีอยู่อย่างจำกัด

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้รอบด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาการจัดการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอันจะสามารถช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและความผาสุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้รอบด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิต (18,19) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทักษะที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ซึ่งหากผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันและจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตให้ดียิ่งขึ้น อันเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ดีมากยิ่งขึ้น

## วิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ชั้น 5 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นฟูหลังได้รับการวินิจฉัยโรคโรคหลอดเลือดสมอง 2 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน มีอายุ 20 ปี

ขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ รู้สึกตัวดี มีคะแนน Glasgow coma score (GCS) ตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ผ่านการทดสอบสมรรถนะทางสมองโดยใช้แบบทดสอบ (The Thai Mental State Examination; TMSE) และยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แอปพลิเคชัน Epi Info™ (20) กำหนดจำนวนประชากร (population size) ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พ.ศ. 2561 จำนวน 2,188 คน อุบัติการณ์ความผิดปกติทางจิต (mental health disorders after stroke) พบร้อยละ 36.6 จากผลการวิจัยของ Almeida and Xiao (2007) (21) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (acceptable margin of error) ร้อยละ 5 ที่ระดับความเชื่อมั่น (confidence level) ร้อยละ 80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 143 คน และเพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 150 คน ที่ได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดออก คือ มีประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจมาก่อน และมีอาการแทรกซ้อนรุนแรงขณะเก็บข้อมูลวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดหรือแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ
2. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิด

ความรู้ด้านสุขภาพจิต (18,19) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทักษะการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ (1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด) จำนวน 60 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตโดยพิจารณาค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best (22) ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพจิตสูงมาก ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพจิตสูง ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพจิตปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำ และค่าเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำมาก เมื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ภาพรวมเท่ากับ 0.92 และในแต่ละด้านเท่ากับ 0.65 ถึง 0.94

3. แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับภาษาไทย ของปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ (23) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Clarke และคณะ (24) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ (1 หมายถึง ไม่เลย จนถึง 5 หมายถึง มากที่สุด) จำนวน 12 ข้อ แบ่งออกเป็น ด้านสุขภาพกาย จำนวน 6 ข้อ และด้านสุขภาพจิต จำนวน 6 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับคุณภาพ

ชีวิต ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับแย่ ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี โดยค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำ หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ 0.96

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิตและค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี รหัสเอกสารรับรอง 043/2562 วันที่รับรอง 15 สิงหาคม พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัยโดยละเอียด รวมทั้งขอความยินยอมกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูลทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 51.80 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.62 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.33 สำเร็จการศึกษาระดับสูงสุด คือ ประถมศึกษาร้อยละ 61.33 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 98.00 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 80.67 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 51.33 และรายได้ไม่พอเพียงต่อรายจ่ายและเป็นหนี้สินร้อยละ 57.33 ดังแสดงในตารางที่ 1

### ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองประเภทสมองขาดเลือดร้อยละ 98.67 ผลคะแนน National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ส่วนใหญ่มีคะแนนระหว่าง 5-14 (mild to moderate) ร้อยละ 48.67 และสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ร้อยละ 93.33 ดังแสดงในตารางที่ 2

### ความรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.05, SD = 0.21) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจอยู่ในระดับสูง (mean = 3.55, SD = 0.51) ส่วนด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหา

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=150)

| ข้อมูลทั่วไป                                         | จำนวน (ร้อยละ) |
|------------------------------------------------------|----------------|
| อายุ ค่าเฉลี่ย 51.80 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.62 ปี |                |
| เพศ                                                  |                |
| หญิง                                                 | 98 (65.33)     |
| ชาย                                                  | 52 (34.67)     |
| ระดับการศึกษาสูงสุด                                  |                |
| ประถมศึกษา                                           | 92 (61.33)     |
| ปริญญาตรี                                            | 23 (15.33)     |
| มัธยมศึกษาตอนต้น                                     | 20 (13.33)     |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.                          | 7 (4.67)       |
| ไม่ได้รับการศึกษา                                    | 3 (2.00)       |
| สูงกว่าปริญญาตรี                                     | 5 (3.33)       |
| ศาสนา                                                |                |
| พุทธ                                                 | 147 (98.00)    |
| คริสต์                                               | 3 (2.00)       |
| ลักษณะครอบครัว                                       |                |
| ครอบครัวเดี่ยว                                       | 121 (80.67)    |
| ครอบครัวขยาย                                         | 29 (19.33)     |
| อาชีพ                                                |                |
| เกษตรกร                                              | 77 (51.33)     |
| ค้าขาย                                               | 26 (17.33)     |
| รับจ้าง                                              | 18 (12.00)     |
| ข้าราชการบำนาญ                                       | 16 (10.67)     |
| พนักงานบริษัท                                        | 7 (4.67)       |
| ข้าราชการ                                            | 3 (2.00)       |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ                                    | 2 (1.33)       |
| พนักงานรัฐวิสาหกิจ                                   | 1 (0.67)       |
| ความเพียงพอของรายได้                                 |                |
| ไม่พอเพียง/เป็นหนี้สิน                               | 86 (57.33)     |
| พอเพียง/ไม่เหลือเก็บ                                 | 48 (32.00)     |
| พอเพียง/มีเงินเหลือเก็บ                              | 10 (6.67)      |
| เงินพอใช้/พอเพียง                                    | 4 (2.67)       |
| เดือดร้อนจากภาวะหนี้สิน                              | 2 (1.33)       |

ความช่วยเหลือที่เหมาะสม และด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.03, SD = 0.30; mean = 3.31, SD = 0.34; mean = 2.85, SD = 0.25; mean = 2.60,

ตารางที่ 2. ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (n=150)

| ข้อมูลทั่วไป                                      | จำนวน (ร้อยละ) |
|---------------------------------------------------|----------------|
| ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง                         |                |
| ภาวะสมองขาดเลือด                                  | 148 (98.67)    |
| ภาวะเลือดออกในสมอง                                | 2 (1.33)       |
| National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) |                |
| คะแนน 5-14 (mild to moderately)                   | 73 (48.67)     |
| คะแนน $\leq 4$ (mild impairment)                  | 70 (46.67)     |
| คะแนน 15-24 (severe impairment)                   | 7 (4.67)       |
| ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง                     |                |
| ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้           | 140 (93.33)    |
| ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน                          | 10 (6.67)      |

SD = 0.23; mean = 2.99, SD = 0.72 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.06, SD = 0.66) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.12, SD = 0.66; mean = 3.00, SD = 0.68 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

### ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.484, p < 0.001$ )

### อภิปราย

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาก่อน

**ตารางที่ 3.** ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=150)

| ความรู้ด้านสุขภาพจิต                                                      | สูงมาก |   | สูง |       | ปานกลาง |       | ต่ำ |       | ต่ำมาก |      | Mean | SD   |
|---------------------------------------------------------------------------|--------|---|-----|-------|---------|-------|-----|-------|--------|------|------|------|
|                                                                           | n      | % | n   | %     | n       | %     | n   | %     | n      | %    |      |      |
| 1. การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ                              | 0      | 0 | 73  | 48.67 | 68      | 45.33 | 9   | 6.00  | 0      | 0    | 3.05 | 0.21 |
| 2. ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต  | 0      | 0 | 5   | 3.33  | 136     | 90.67 | 9   | 6.00  | 0      | 0    | 3.55 | 0.50 |
| 3. ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง                          | 0      | 0 | 34  | 22.67 | 112     | 74.67 | 4   | 2.67  | 0      | 0    | 3.03 | 0.30 |
| 4. ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ | 0      | 0 | 1   | 0.67  | 129     | 86.00 | 20  | 13.33 | 0      | 0    | 3.31 | 0.34 |
| 5. ทักษะที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม           | 0      | 0 | 0   | 0     | 100     | 66.67 | 50  | 33.33 | 0      | 0    | 2.85 | 0.25 |
| 6. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต                        | 0      | 0 | 27  | 18.00 | 81      | 54.00 | 34  | 22.67 | 8      | 5.33 | 2.60 | 0.23 |

**ตารางที่ 4.** คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=150)

| คุณภาพชีวิต      | สูง |       | ปานกลาง |       | ต่ำ |       | Mean | SD   |
|------------------|-----|-------|---------|-------|-----|-------|------|------|
|                  | n   | %     | n       | %     | n   | %     |      |      |
| 1. ด้านสุขภาพกาย | 20  | 13.33 | 100     | 66.67 | 30  | 20.00 | 3.12 | 0.66 |
| 2. ด้านสุขภาพจิต | 32  | 21.33 | 92      | 61.33 | 26  | 17.33 | 3.00 | 0.68 |
| ภาพรวม           | 24  | 16.00 | 104     | 69.33 | 22  | 14.67 | 3.06 | 0.66 |

หน้าที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยสูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ (25) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับสูงสุดเพียงระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.33) ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ การจดจำ การทำความเข้าใจ และความสามารถในการอ่าน การฟัง การพูด และการเขียนอยู่ในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีการศึกษาสูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (26,27) โดย

พบว่า หากบุคคลได้รับการศึกษาจะส่งผลให้เกิดความรู้ ทักษะ และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ที่จะช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนัก และสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ดังนั้น หากบุคคลได้รับการศึกษาที่เพียงพอจะทำให้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอด้วยเช่นกัน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 51.80 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.62 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.67 ซึ่งอยู่ในวัยที่เริ่มมีการเสื่อมของร่างกายและสมรรถภาพสมอง รวมไปถึงการเสื่อมของสมรรถ-

ภาพสมองที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองยังทำให้ความความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรซึ่งเป็นกลุ่มอาชีพที่มีการแสวงหาและการเข้าถึงแหล่งข้อมูล ข่าวสาร สารสนเทศ และบริการสุขภาพที่จำกัด อาจยังทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ไม่ดีพอ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ไม่ดี (28,29) โดยพบว่า เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะทำให้ความตระหนักและการจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นกับตนเองลดน้อยลง การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจลดน้อยลง ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ การช่วยเหลือตนเอง ความช่วยเหลือจากบุคลากรวิชาชีพ ทักษะคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตลดน้อยลงด้วย ปัจจัยดังกล่าวเหล่านี้อาจเป็นข้อจำกัดสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากการรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจเป็นความสามารถและทักษะพื้นฐานของบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความผิดปกติ อาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติ อาทิ ความรู้สึกเศร้าหมองหรือเศร้าใจอย่างมาก อาการตกใจรุนแรงต่อสถานการณ์ที่รู้สึกกลัว การสูญเสียความมั่นใจ การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ การไม่สนใจหรือการไม่มีความสุขกับทุกสิ่ง การนอนมากหรือน้อยเกินไป การทานอาหารมากหรือน้อยเกินไป มีรู้สึกเสียใจเป็นเวลานาน มีอาการหลงผิด เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน มี

ความเครียดและภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง อาการและอาการแสดงเหล่านี้เป็นสัญญาณเตือนของความผิดปกติทางจิต เป็นอาการและอาการแสดงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (14) และเป็นอาการที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ง่าย จึงทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจอยู่ในระดับสูง

ส่วนด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ ด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต การช่วยเหลือตนเอง การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ ทักษะคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต เป็นความสามารถและทักษะของบุคคลในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งความสามารถและทักษะเหล่านี้ต้องอาศัยการเรียนรู้ การแสวงหาข้อมูล และการคิดวิเคราะห์ รวมไปถึงการลงมือปฏิบัติจึงจะทำให้บุคคลมีความรอบรู้ที่เพียงพอ สอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.67 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับสูงสุดเพียงระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61.33 และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม คิดเป็นร้อยละ 51.33 จึงอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง ด้านความ

รู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ ทักษะที่เอื้อต่อการรับรู้ และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง

ดังนั้น การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เพียงพอจึงเป็นประเด็นท้าทายของระบบบริการสาธารณสุขที่ต้องดำเนินการโดยเร่งด่วน โดยเฉพาะการเสริมสร้างให้บุคคลรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับสาเหตุของความผิดปกติทางจิต เพื่อให้บุคคลสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นดังกล่าว รวมไปถึงการเสริมสร้างให้บุคคลมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองที่เหมาะสม อาทิ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การทำในสิ่งที่ชอบและสิ่งที่สนุกสนาน การรับประทาน อาหารที่ถูกต้องเหมาะสม การระบายความรู้สึกกับคนที่ไวใจ การออกไปเที่ยวเพื่อผ่อนคลายอารมณ์ การปรับทัศนคติและคิดในแง่บวกอยู่เสมอ นอกจากนี้ การเสริมสร้างให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมและเข้ารับการช่วยเหลือจากบุคลากรวิชาชีพ อาทิ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง อีกทั้ง การเสริมสร้างให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตจากแหล่งสารสนเทศที่หลากหลาย อาทิ สายด่วนกรมสุขภาพจิต สื่ออินเทอร์เน็ต สื่อสังคมออนไลน์ ข่าววิทยุ โทรทัศน์ หนังสือหรือห้องสมุด โดยต้องสามารถค้นหาหรือเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ต้องการ ทันสมัย มีความน่าเชื่อถือ และนำข้อมูลเหล่านั้นมาปรับใช้ในชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (30) อันจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีได้

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง (14) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเภทสมองขาดเลือด มีคะแนน NIHSS ระดับ mild impairment ถึงระดับ mild to moderate impairment หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะรุนแรงของโรคเล็กน้อยถึงปานกลาง และสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน สามารถทำงานได้บ้าง ไม่รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่แย่มาก อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงต้องเข้ารับการรักษายาบาลและการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง ยังไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมและบทบาทในครอบครัว จึงยังทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเปราะบางที่ยังคงต้องการการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจให้ดียิ่งขึ้น

ความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี ที่ต้องอาศัย ความรู้ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และต้องสามารถรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดจากปัญหาสุขภาพจิตในระยะเริ่มต้น รวมไปถึงต้องมีกลยุทธ์ในการช่วยเหลือตนเอง สามารถแสวงหาความช่วยเหลือ และจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมี

ประสิทธิภาพ อันจะเป็นปัจจัยสำคัญที่สร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี (15-17,30) ดังนั้น การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับที่เพียงพอจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพควรตระหนักและให้ความสำคัญกับการประเมินและพัฒนาแนวทางในการสร้างเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับที่เพียงพอก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น

## สรุป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นมีความต้องการจำเป็นที่ต้องมีการจัดบริการสุขภาพให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะการสร้างเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมและความแข็งแกร่งทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติให้ได้มากที่สุด ผลการวิจัยยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น บุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับการประเมินและสร้างเสริมให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอ อันจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย จากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข และ ดร. บุญชัย โกศลธนากุล ผู้อำนวยการโรงเรียนสอนภาษา Fast English

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The atlas of heart disease and stroke Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO); 2014.
2. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global burden of disease study 2017 (GBD 2017) results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2018.
3. Thangkratok P. The role of the nurse in the chronic disease management. Songklanagarind Journal of Nursing. 2017;37:154-9.
4. Thangkratok P, Vararuk A, Silawan T, Piaseu N. Role of nurses in implementing chronic care model in subdistrict health promoting hospital. Science, Engineering and Health Studies. 2019;13:83-92.
5. Kim JS, Choi-Kwon S. Poststroke depression and emotional incontinence: correlation with lesion location. Neurology. 2000;54:1805-10.
6. Vojtkiv-Samoilovska D, Arsovska A. Prevalence and predictors of depression after stroke - results from a prospective study. Open Access Maced J Med Sci. 2018;6:824-8.
7. Garton ALA, Sisti JA, Gupta VP, Christophe BR, Connolly ES, Jr. Poststroke post-traumatic stress disorder: a review. Stroke. 2017;48:507-12.
8. Wright F, Wu S, Chun H-YY, Mead G. Factors associated with poststroke anxiety: a systematic review and meta-analysis. Stroke Res Treat. 2017;2017:2124743.
9. Carota A, Bogouslavsky J. Mood disorders after stroke. Front Neurol Neurosci. 2012;30:70-4.
10. Kim JS, Choi-Kwon S, Kwon SU, Lee HJ, Park KA, Seo YS. Factors affecting the quality of life after ischemic stroke: young versus old patients. J Clin Neurol. 2005;1:59-68.

11. Choi-Kwon S, Kim HS, Kwon SU, Kim JS. Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in South Korea. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86:1043-8.
12. Liman TG, Heuschmann PU, Endres M, Floel A, Schwab S, Kolominsky-Rabas PL. Impact of low mini-mental status on health outcome up to 5 years after stroke: the Erlangen Stroke Project. *J Neurol.* 2012;259:1125-30.
13. Bundhamcharoen K, Odton P, Phulkerd S, Tangcharoensathien V. Burden of disease in Thailand: changes in health gap between 1999 and 2004. *BMC Public Health.* 2011; 11:53. doi: 10.1186/1471-2458-11-53.
14. Posai V, Pipatsombat P, Thangkratok P. Neuropsychiatric symptom clusters and quality of life among patients with stroke. *Rama Med J.* 2019;42:1-11.
15. Reavley NJ, McCann TV, Jorm AF. Mental health literacy in higher education students. *Early Interv Psychiatry.* 2012;6:45-52.
16. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical journal of Australia.* 1997;166:182-6.
17. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol.* 2012;67:231-43.
18. Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry.* 2000;177:396-401.
19. Farrer L, Leach L, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health.* 2008;20:125. doi: 10.1186/1471-2458-8-125.
20. Division of Health Informatics and Surveillance. Epi Info™: statistical calculators. U.S. Department of Health and Human Services: Center for Surveillance, Epidemiology and Laboratory Services (CSELS); 2018.
21. Almeida OP, Xiao J. Mortality associated with incident mental health disorders after stroke. *Aust N Z J Psychiatry.* 2007;41:274-81.
22. Best JW. Research in education. 3<sup>rd</sup> ed. Englewood Cliffs, Nj: Prentice-Hall; 1977.
23. Thangkratok P, Posai V, Pipatsombat P, Trainattawan W, Suksatan W. Validity and reliability of the Thai version of the stroke specific quality of life scale. *J Med Health Sci.* 2019; 26:33-43.
24. Clarke PJ, Black SE, Badley EM, Lawrence JM, Williams JL. Handicap in stroke survivors. *Disabil Rehabil.* 1999;21:116-23.
25. Lee ACK, Tang SW, Leung SSK, Yu GKK, Cheung RTF. Depression literacy among Chinese stroke survivors. *Aging & Mental Health.* 2009;13:349-56.
26. Namdej N, Phongsakchat P, Sangounpak O. Mental health literacy among senior high school students in Saraburi Province. *Journal of Nursing and Education.* 2018;11:125-38.
27. Kim YS, Lee HY, Lee MH, Simms T, Park BH. Mental health literacy in korean older adults: a cross-sectional survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 2017;24:523-33.
28. Piper SE, Bailey PE, Lam LT, Kneebone IL. Predictors of mental health literacy in older people. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018;79:52-6.
29. Farrer L, Leach L, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health.* 2008;8:125.
30. Thangkratok P, Palacheewa N, Trainattawan W, Boonpradit P. Mental health literacy: concept and application for mental health problem prevention in older adults. *Chiang Mai Medical Journal.* 2020;59:163-72.

## Mental health literacy and quality of life among patients with stroke

Posai V,<sup>1</sup> Boonchoo R,<sup>1</sup> Watradul D,<sup>2</sup> Makkabphalanon K<sup>3</sup> and Thangkratok P<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Nursing Department, Sanpasithiprasong Hospital, <sup>2</sup>Adult and Geriatric Nursing Branch, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, <sup>3</sup>Department of Adult and Gerontological Nursing, Boromarajonani College of Nursing Chonburi, <sup>4</sup>Community Health Nursing Branch, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

**Objectives** To study the level of mental health literacy and quality of life among patients with stroke and to investigate the relationship between mental health literacy and quality of life.

**Methods** A cross-sectional descriptive study was conducted with 150 purposively selected stroke patients at Sanpasithiprasong Hospital, Ubon Ratchathani, Thailand. Data were collected from October 2019 to March 2020. The research tool consisted of 3 parts: general and clinical data, a mental health literacy questionnaire, and the Thai version of the stroke-specific quality of life scale. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

**Results** The mean age of participants was 51.80 years (SD 8.62); most were female (65.33%). The level of mental health literacy among patients with stroke was moderate (mean = 3.05, SD = 0.21). The quality of life among patients with stroke was moderate (mean = 3.06, SD = 0.66). The mental health literacy questionnaire yielded a Cronbach's alpha coefficient of 0.92, and the Thai version of the stroke-specific quality of life scale yielded a Cronbach's alpha coefficient of 0.96. Mental health literacy was statistically significantly associated with quality of life among patients with stroke ( $r = 0.484, p < .001$ ).

**Conclusions** The mental health literacy among patients with stroke was moderate as was their quality of life. Mental health literacy was significantly associated with quality of life among patients with stroke. This suggests that emphasizing and promoting mental health literacy among patients with stroke can improve and increase their quality of life. **Chiang Mai Medical Journal 2021;60(1):63-74. doi 10.12982/CMUMEDJ.2021.06**

**Keywords:** mental health literacy, quality of life, stroke