

ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

สุภาภรณ์ นากลาง* มณฑล ทองนิตย**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 320 คน เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.50 อายุเฉลี่ย 65.75 ปี มาตรวจตามนัดครบร้อยละ 73.75 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์การรักษาในระบบประกันสุขภาพร้อยละ 78.75 และเคยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านร้อยละ 68.75 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 79.39$, $SD = 25.04$) มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 24.56$, $SD = 9.89$) และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 52.84$, $SD = 9.48$) โดยมีข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 60.92 ($SD = 24.41$) มิติการมีชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 45.89 ($SD = 17.39$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.25$, $p < 0.001$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = .44$, $p < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = -.54$, $p < 0.001$)

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะ การดูแลด้านจิตใจเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงการส่งเสริมสมรรถนะทางด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง คุณภาพชีวิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ

*โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ E-mail: plaky2009@gmail.com

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

Health status, health access and the quality of life in stroke patients in Muang District, Phetchabun Province

Supaporn Naklang* Monthon Thongnit**

Abstract

The purpose of this cross-sectional descriptive research was to explore health status, health access, quality of life as well as factors affecting quality of life of stroke patients. The samples were 320 stroke patients living in Muang District, Phetchabun Province who voluntarily participated in the study. Research instruments included the demographic data record, Barthel ADL Index, the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale and Short-Form-Health Survey Version 2 Questionnaires. Data were analyzed by descriptive statistics and Pearson correlation coefficient.

*Phetchaboon Hospital, E-mail: plaky2009@gmail.com

**Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakornsawan

The majority of stroke patients were female (62.50), mean 65.75 years (SD = 12.27), 78.75 and 68.75 percent of all patients used the universal coverage and received health care services at home respectively. The ability to perform daily activities was in a high level ($\bar{X}$ = 79.39, SD = 25.04). Patients' depression and their quality of life were in the moderate level ($\bar{X}$ = 24.56, SD = 9.89) and high level ($\bar{X}$ = 52.84, SD = 9.48) respectively. Physical dimensions among patients were at highest score ($\bar{X}$ = 60.92, SD = 24.41) whereas lowest score was the found for physical pain ($\bar{X}$ = 45.89, SD = 17.39). The ADL had low negative correlation with depression (r = - .25, p < 0.001) and correlated slightly positively with the level of quality of life (r = .44, p < 0.001). There was a negative significant correlation between patients' depression and quality of life (r = - .54, p < 0.001).

The results can help to create a care plan for stroke patients with depression, promoting both physical performance and quality of life.

Keywords: stroke, quality of life, health access

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตและความพิการ จากข้อมูลของสำนักนโยบายยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี 2553 พบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 17,540 คน หรือคิดเป็น 27.50 ต่อประชากร 100,000 คน และเมื่อพิจารณาข้อมูลสถานการณ์อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2549-2553 แนวโน้มมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในคนไทยเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 มีอัตราการเสียชีวิตทั่วประเทศ 22.40 ต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นเป็น 31.40 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2553¹ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่เสียชีวิตมักจะมีอาการเกิดความพิการเกิดขึ้น นอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เพราะจากความพิการและความผิดปกติที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้

ตามปกติและผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังต้องอาศัยอยู่ด้วยสภาพที่มีความพิการเกิดขึ้น² รวมถึงความผิดปกติด้านอารมณ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้บ่อยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้าซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและการดำรงชีวิตของผู้ป่วย³ นอกจากนั้นยังส่งผลให้การทำงาน การใช้ชีวิต การเข้าสังคม และเศรษฐกิจโดยรวมของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย⁴⁻⁵ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องมีการประเมินในมิติด้านอื่นๆ นอกเหนือจากมิติทางด้านร่างกายและจิตใจที่มีผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ความสมบูรณ์ของร่างกาย การปราศจากโรคหรือความพิการ หรือการที่มีสภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ หรือปัญหาทางด้านสุขภาพที่มีผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วยทางด้านร่างกายในมุมมองของผู้ป่วยเอง⁶ ซึ่งที่ผ่านมาในเขตอำเภอเมืองจังหวัดเพชรบูรณ์ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนถึง 2,112 คน แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านภาวะสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้เข้าใจและสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีคุณภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นิยามศัพท์

ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตในด้านร่างกาย ได้แก่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า

การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้ารับบริการสุขภาพอย่างพอเพียงของบริการที่มีอยู่ในด้านสิทธิในการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาในการเดิน ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล การมาตรวจตามนัด ปัญหาในการมาตรวจตามนัด การได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้สภาวะความพร้อมของบุคคลทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ประเมินจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต Short Form-36 Version 2 (SF-36V2) ซึ่งประเมินใน 8 มิติ ได้แก่ การทำงานด้านร่างกาย ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย ความเจ็บปวดทางกาย การรับรู้สุขภาพทั่วไป การทำหน้าที่ทางสังคม การมีชีวิต บทบาทหน้าที่ที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และสุขภาพจิตทั่วไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เขตอำเภอเมืองจังหวัดเพชรบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 2,112 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของทาโร ยามาเน⁷ ความเชื่อมั่นที่ 95% และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 5 โดยประมาณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 350 คน แบ่งกลุ่มตามสัดส่วนในแต่ละตำบล เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 3) มีสติสัมปชัญญะดีสามารถสื่อสารได้ปกติ 4) ผู้ป่วยและครอบครัวยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผู้ดูแล รายได้ ความพอเพียงของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและระยะทาง ข้อมูลโรคร่วมและปัญหาด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (The Barthel ADL Index) สร้างขึ้นโดย Mahonney และ Bathel ซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย

แสงแก้ว ราชภัฏ⁸ จำนวน 10 ข้อ ให้คะแนนตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยมีคะแนนรวม 0-100 คะแนน และมีการแบ่งคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นคะแนนไม่ต่อเนื่องและคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วงคะแนนที่กำหนดไว้โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

0-20 หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด

21-60 หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมาก

61-90 หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลปานกลาง

91-99 หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลเล็กน้อย

100 หมายถึง ไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (The center for epidemiologic studies-depression scale) ฉบับภาษาไทยแปลโดย วิไล คุปต์นิริติชัยกุล และพนม เกตุมาน⁹ โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นที่ผ่านมาเท่ากับ .91 สอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ให้คะแนนตามความถี่ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ค่าคะแนนยิ่งมาก ยิ่งหมายถึงระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย คำถามเชิงบวก จำนวน 16 ข้อ คำถามเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ กล่าวคือ

วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า จำนวน 7 ข้อ

วัดความรู้สึกด้านดี จำนวน 4 ข้อ

วัดอาการทางกาย จำนวน 7 ข้อ

วัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่น จำนวน 2 ข้อ

สำหรับคำถามเชิงลบจะให้คะแนน 0, 1, 2, 3 ถ้าตอบว่าเหตุการณ์นั้นไม่เกิดเลย (< 1 วัน/สัปดาห์), นานๆ ครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์), ค่อนข้างบ่อย (3-4 วัน/สัปดาห์), บ่อย (5-7 วัน/สัปดาห์) ตามลำดับ และให้คะแนนตรงกันข้ามในกรณีคำถามเชิงบวก (ข้อ 4, 8, 12, 16) คะแนนรวมตั้งแต่ 0-60 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า 22 แสดงว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า 22 แสดงว่า มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36V2) ฉบับภาษาไทย แปลโดย แสงแก้ว ราชภัฏ⁹ จำนวน 36 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นที่ผ่านมาเท่ากับ .82 ประกอบด้วยหมวดทางด้านร่างกาย 4 มิติ ได้แก่ การทำงานด้านร่างกาย (PF) ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย (RP) ความเจ็บปวดทางกาย (BP) การรับรู้สุขภาพทั่วไป (GH) หมวดทางด้านสุขภาพจิต 4 มิติ ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม (SF) การมีชีวิต (VT) บทบาทหน้าที่ที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ (RE) และสุขภาพจิต

ทั่วไป (MH) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ โดยมี คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 3 และ 1 ถึง 5 คะแนน แล้วนำคะแนนที่แปลงเป็นร้อยละ 100 อยู่ระหว่าง ร้อยละ 0-100 โดยคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดี ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยและหาค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบสอบถามโดยนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) โดยรวมของแบบวัดได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93, .88, .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยทีมผู้วิจัยแนะนำตัวบอกวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ทีมผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุลที่แท้จริง ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ ในระหว่างการดำเนินการศึกษา หากผู้เข้าร่วมโครงการไม่ต้องการเข้าร่วมหรือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการต่อจนครบตามกำหนดเวลา ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการประสานงานเพื่ออธิบายรายละเอียดการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยในพื้นที่และคัดเลือกโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในพื้นที่รับผิดชอบแบ่งกลุ่มตามสัดส่วนประชากรที่ศึกษาในแต่ละตำบล เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม 2554 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ตามพื้นที่ที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ทั้งที่บ้านผู้ป่วยและที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัยตามรายละเอียดในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้ร่วมเข้าโครงการ จากนั้นสอบถามถึงความพร้อมในการตอบข้อมูล โดยปฏิบัติตามเกณฑ์การวิจัยในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามซึ่งได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 320 ชุด คิดเป็นร้อยละ 91.40 แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติบรรยายเชิงพรรณนา อธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลโรคร่วมและปัญหาด้านสุขภาพ การเข้าถึง

บริการสุขภาพ คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Pearson's correlation coefficient

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.50 อายุเฉลี่ย 65.75 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.50 ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่จะเป็นบุตร ร้อยละ 48.75 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,875.08 บาท มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 45.90 ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 78.75

2. ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 จากผลการศึกษาพบว่า โรคที่พบร่วมส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39.68 รองลงมา ได้แก่ เบาหวาน ร้อยละ 29.06 ส่วนใหญ่มีปัญหาในการมองเห็น ร้อยละ 52.19 มีอาการขา ร้อยละ 43.12 มีอาการอัมพาต ร้อยละ 37.19 และน้อยที่สุดในด้านปัญหาในการกลืนอาหาร ร้อยละ 22.50 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามโรคร่วมและปัญหาด้านสุขภาพ (n = 320)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วม		
ความดันโลหิตสูง	127	39.68
เบาหวาน	93	29.06
โรคหัวใจ	59	18.44
ไขมันในเลือดสูง	15	4.69
อื่นๆ	7	2.19
ไม่มี	19	5.94
ปัญหาด้านสุขภาพ (สามารถตอบซ้ำได้)		
มีอาการอัมพาต	119	37.19
มีอาการขา	138	43.12
มีปัญหาในการพูดคุยสื่อสาร	85	26.56
มีปัญหาในการกลืนอาหาร	72	22.50
มีปัญหาในการมองเห็น	167	52.19

2.2 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย เมื่อประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเมินความรุนแรงความเจ็บป่วย ส่วนใหญ่พึ่งพาผู้ดูแลปานกลาง ร้อยละ 46.56 รองลงมา คือ ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 26.56 และน้อยที่สุดพึ่งพาผู้ดูแลมาก ร้อยละ 6.88 และมีผู้ป่วยที่พึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด ร้อยละ 8.44 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จำแนกตามระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย (Barthel ADL Index) (n = 320)

ระดับความรุนแรงความเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด (0-20)	27	8.44
ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมาก (21-60)	22	6.88
ต้องพึ่งพาผู้ดูแลปานกลาง (61-90)	149	46.56
ต้องพึ่งพาผู้ดูแลเล็กน้อย (91-99)	37	11.56
ไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล (100)	85	26.56
$(\bar{X} = 79.6, SD = 25.4)$		

2.3 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 64.69 และไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35.31 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (n = 320)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	113	35.31
มีภาวะซึมเศร้า	207	64.69
$(\bar{X} = 25.1, SD = 10.4)$		

3. การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 78.8) มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยต่อเดือน 1,503.92 บาท ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ย 325.21 บาท ใช้ระยะเวลาในการเดินทางเฉลี่ย 1 ชั่วโมง 4 นาที ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 26.17 กิโลเมตร ส่วนใหญ่มาตรวจตามนัด (ร้อยละ 73.75) ปัญหาในการมาตรวจตามนัดส่วนใหญ่ คือ เรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ร้อยละ 47.19) ส่วนใหญ่เคยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (ร้อยละ 68.75)

4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนของคุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี ($\chi^2 = 52.84, SD = 9.48$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนรวมด้านร่างกาย (PCS) ซึ่งเป็น คะแนนรวมของมิติ 4 มิติ ได้เท่ากับ 52.99 ($SD = 11.28$) ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมด้านจิตใจ (MCS) ซึ่งเป็นคะแนนรวมของมิติ 4 มิติ ได้เท่ากับ 52.69 ($SD = 10.85$) ทั้งนี้มิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 60.92 ($SD = 24.41$) รองลงมา ได้แก่ มิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 58.02 ($SD = 24.61$) และมิติการมีชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 45.89 ($SD = 17.39$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 320)

มิติ	ตัวย่อ	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ค่ากลาง (ต่ำสุด-สูงสุด)
ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมด้านร่างกาย	PCS	52.99 (11.28)	53.54 (22.29-76.04)
มิติการทำงานด้านร่างกาย	PF	50.59 (33.17)	55.00 (0-100)
มิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย	RP	60.92 (24.41)	62.50 (0-100)
มิติความเจ็บปวดทางกาย	BP	49.76 (22.65)	50.00 (0-100)
มิติการรับรู้สุขภาพทั่วไป	GH	50.68 (12.25)	50.00 (12.50-75.00)
ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมด้านจิตใจ	MCS	52.69 (10.85)	50.80 (18.75-81.88)
มิติการทำหน้าที่ทางสังคม	SF	55.39 (19.02)	50.00 (0-100)
มิติการมีชีวิต	VT	51.44 (17.34)	50.00 (0-93.75)
มิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์	RE	58.02 (24.61)	58.33 (0-100)
มิติสุขภาพจิตทั่วไป	MH	45.89 (17.39)	50.00 (0-95)
รวมคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต		52.84 (9.48)	53.64 (23.49-74.01)

5. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต

ตัวแปร	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	ภาวะซึมเศร้า	คุณภาพชีวิต
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	1	-.25**	.44**
ภาวะซึมเศร้า		1	-.54**
คุณภาพชีวิต			1

**p < 0.01

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมีการเจ็บป่วยอื่นร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งสามารถพบได้บ่อยของภาวะโรคร่วมที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹⁰ โดยภาวะสุขภาพโดยรวม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการอัมพาต สามารถพูดคุยสื่อสารได้ กลืนอาหารได้ และจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มิมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความต้องการพึ่งพาอยู่ในระดับปานกลาง และมีส่วนน้อยที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากหรือพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ศึกษาส่วนหนึ่งยังสามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ สอดคล้องกับ Hofgren et al.¹¹ ที่พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 20% สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน 1 ปี แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกจำนวนหนึ่งที่ต้องการพึ่งพาผู้ดูแลตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงพึ่งพาทั้งหมด สอดคล้องกับ Haghgoo et al.¹² ที่พบว่า 65.50% ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะพึ่งพาและต้องการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยมักมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นหลังการเจ็บป่วย¹³ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มิภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการที่

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าพบว่า มีภาวะซึมเศร้าถึง 46.53%¹⁴ ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะซึมเศร้าอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมาก ทั้งการสูญเสียความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การที่ไม่สามารถทำงานได้ การเข้าถึงคน การขาดผู้ดูแลช่วยเหลือ ย่อมส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และจากผลการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีหลักประกันในการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย แต่ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เช่น ค่ารักษาอื่นๆ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง นอกจากนี้ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 25 ที่มาตรวจตามนัดไม่ครบ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพราะโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังและต้องใช้เวลาในการดูแลรักษา และปัญหาในการมาตรวจตามนัดส่วนใหญ่ คือ เรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยกับค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจตามนัดจะพบว่ามีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของรายได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เคยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน อย่างไรก็ตามพบว่ากว่าร้อยละ 30 ไม่เคยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งสะท้อนถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยคะแนนของคุณภาพชีวิต

โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ขญากุล นิตเกษมกุล¹⁵ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด ในผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปฏิบัติประจำวันได้ดีจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เนื่องจากการที่ผู้ป่วยสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถเข้าสู่สังคมและปรับตัวได้ไม่เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Pedrosa et al.¹⁶ ที่พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีบกพร่องลงจะส่งผลต่อระยะเวลาและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ เมื่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Altinda et al.¹⁷ ที่พบว่าอาการซึมเศร้าเป็นภาวะที่สามารถพบได้บ่อย และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถทางด้านร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเครียดและวิตกกังวลกับสภาพร่างกายของตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลต่อความรู้สึกซึมเศร้าและการที่ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านสภาพจิตใจย่อมส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย³ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะพึ่งพาอยู่ในระดับปานกลาง แต่ผู้ป่วยกลับมีปัญหาด้านภาวะซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบได้บ่อยหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรมีการประเมินปัญหาด้านจิตใจและวางแผนการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ

ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาในการเจ็บป่วย เพื่อนำข้อมูลไปประกอบการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Thailand public health statistics. Bangkok: The Printing Office to Assist Veterans Organization; 2010. (in Thai).
2. Hirunkhro B. Guide rehabilitation of stroke patients, relatives caring for patients at home. Ratchaburi: Boromrajonani, Chakiraj, Ratchaburi; 2007. (in Thai).
3. Murtezani A, Hundozi H, Gashi S, Osmani T, Krasniqi V, Rama B. Factors associated with reintegration to normal living after stroke. Med Arh. 2009;63(4):216-9.
4. de Weerd L, Luijckx GJR, Groenier KH, van der Meer K. Quality of life of elderly ischaemic stroke patients one year after thrombolytic therapy. A comparison between patients with and without thrombolytic therapy. BMC Neurology. 2012;12:1-9.
5. Lee YC, Yi ES, Choi WH, Lee BM, Cho SB, Kim JY. A study on the effect of self bedside exercise program on resilience and activities of daily living for patients with hemiplegia. J Exerc Rehabil. 2015;11:30-5.
6. Duncan PW, Lai SM, Bode RK, Perera S, DeRosa J. Stroke Impact Scale-16: A brief assessment of physical function. Neurology. 2003;60:291-6.
7. Yamane T. Statistics: An introductory analysis. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1967.
8. Rachpukdee S. Quality of life of stroke survivors: A 3-month follow-up study [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2007. (in Thai).
9. Kuptniratsaikul A, Katumarn P. The study of the Centre for Epidemiologic Studies- Depression Scale (CES-D) in Thai people. Siriraj Medical Journal. 1997;49:442-8. (in Thai).

10. Sathirapanya C, Sathirapanya P, Trichan J. Prevalence, risk factors of stroke and post stroke depression in Phatthalung Province: A cross sectional study. *Songkla Medical Journal*. 2014;32: 275-82. (in Thai).
11. Hofgren C, Björkdahl A, Esbjörnsson E, Stibrant-Sunnerhagen KS. Recovery after stroke: Cognition, ADL function and return to work. *Acta Neurol Scand*. 2007;115(2):73-80.
12. Haghgoo HA, Pazuki ES, Hosseini AS, Rassafiani M. Depression, activities of daily living and quality of life in patients with stroke. *J Neurol Sci*. 2013;328: 87-91.
13. Hackett ML, Yapa C, Parag V, Andersen CS. Frequency of depression after stroke: A systematic review of observational studies. *Stroke*. 2005;36(6): 1330-40.
14. Nidhinandana S, Sithinamsuwan P, Chinvarun Y, Wongmek W, Supakasem S, Suwantamee J. Prevalence of poststroke depression in Thai stroke survivors studied in Phramongkutklao Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2010;93:S60-4.
15. Nitikasemkul C. Health-related quality of life of stroke survivors in Mae Rim district, Chiang Mai province [Dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2013. (in Thai).
16. Pedroso VSP, de Souza LC, Brunoni AR, Teixeira AL. Post stroke depression: Clinics, etiopathogenesis and therapeutics. *Arch Clin Psychiatry*. 2015;42:18-24.
17. Altındağ O, Soran N, Demirkol A, Özkul MY. The association between functional status, health related quality of life and depression after stroke. *Turk J Phys Med Rehab*. 2008;54:89-91.