

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์

Factors Associated with Duration time Rehabilitation of Stroke Patient in Community Buriram Province

เมธา พันธรัมย์ อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง* รชานนท์ ง่วนใจรัก

Metha Phanram Atthawit Singsalasang* Rachanond Nguanjairak

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา นครราชสีมา ประเทศไทย 30000

Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Nakhon Ratchasima Thailand 30000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เป็นการวิจัยแบบศึกษาย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่าง 168 คนคัดเลือกโดยสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือคือ (1) แบบสอบถามปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (2) แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (3) แบบประเมินระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .86, .99 และ .86 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Multiple Logistic regression analysis

ผลวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความรุนแรงอยู่ที่ Moderate stroke ร้อยละ 43.50 มีระยะเวลาฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังเจ็บป่วยไม่เกิน 6 เดือนร้อยละ 49.40 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอัมพฤกษ์อัมพาตมีโอกาสฟื้นฟูสภาพหลังเจ็บป่วยภายใน 6 เดือน เป็น 5.08 เท่าของผู้ป่วยที่มีอาการอัมพฤกษ์อัมพาต ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยไม่เกิน 12 เดือนมีโอกาสฟื้นฟูสภาพหลังเจ็บป่วยภายใน 6 เดือนเป็น 1.63 เท่าของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 12 เดือน และผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจน้อยมีโอกาสฟื้นฟูสภาพหลังเจ็บป่วยภายใน 6 เดือนเป็น 3.57 เท่าของผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจมาก ดังนั้น การฟื้นฟูสภาพร่างกายภายในระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้ดูแลควรดูแลในระยะแรกของการเจ็บป่วยและเน้นดูแลจิตใจเพื่อให้มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วและมีประสิทธิภาพของการฟื้นฟูที่ดีที่สุด

คำสำคัญ: ระยะเวลาการฟื้นฟู, การฟื้นฟูสภาพโรคหลอดเลือดสมอง, อัมพฤกษ์อัมพาต, จิตใจ, ชุมชน

*สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

*Corresponding Author: Email: atthawit.s@kkumail.com

Abstract

The purposes of this research was to investigate factors associated with duration time rehabilitation of stroke patient in community Buriram Province. This research was retrospective study. The sample consisted of 168 people of stroke patients they were selected by stratified random sampling. The instrument consisted of : (1) the problems questionnaires for stroke patient (2) the National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) and (3) the questionnaires duration time of rehabilitation for stroke patient. The cronbach alpha reliability coefficients of questionnaires were .99, .86 and .86 respectively. Data collected by questionnaires. Research data were analyzed by both descriptive statistic (percentage, mean and standard deviation) and multiple logistic regression analysis.

The results of this research showed that the severity level of stroke patient 43.50% at moderate stroke level. Duration time of rehabilitation 49.40% rehabilitation less than 6 month. factors associated with duration time rehabilitation of stroke patient furthermore showed that stroke patient without body paralysis had rehabilitation as 5.08 time respectively in 6 month than stroke patient with body paralysis, duration time of stroke less than more than 12 month had rehabilitation as 1.63 time respectively in duration time of stroke more than 12 month and stroke patient less mental problem had rehabilitation more than high mental problem as 3.57 time respectively in stroke patient. Therefore, Duration time of rehabilitation appropriate, caregiver considerate to care stroke patient in first period for the best body rehabilitation and focus mental caring patient for normal or approximaly functional for the fast body recovery and the best recovery efficiency.

Keywords: Time of rehabilitation, Rehabilitation of stroke, Paralysis, Mental, Community

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้เกิดความพิการรุนแรงและเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัว โรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกพบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีประมาณ 13.70 ล้านคน/ปี และประมาณ 5 ล้านคน/ปี จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยร้อยละ 39.00 เป็นกลุ่มอายุต่ำกว่า 70 ปี และร้อยละ 53.00 เป็นเพศชายที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง¹ สำหรับในประเทศไทยพบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในปี 2559-2561 เท่ากับ 48.70, 47.80 และ 47.10 ตามลำดับ² จากรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า จังหวัดบุรีรัมย์อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองปี 2559-2561 คิดเป็นร้อยละ 3.68, 4.28 และ 8.70 ตามลำดับ³ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มีความซับซ้อนต้องการการรักษาที่เฉพาะแบบเร่งด่วน⁴ นอกจากนี้ยังมีปัญหาการปรับตัวด้านร่างกาย มีความวิตกกังวล มีความรู้สึกรำคาญ

ควบคุมตนเองไม่ได้ ซึมเศร้าและต้องการพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถทำกิจกรรมในสังคมได้เหมือนเดิม^{5,6} ขาดสิ่งสนับสนุนด้านอารมณ์ สูญเสียความภูมิใจในตนเองและพลังอำนาจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อารมณ์รวมถึงบทบาทหน้าที่⁷ โดยภาวะซึมเศร้าพบได้มากที่สุด และมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยด้วย⁸ ผู้ป่วยอาจไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือมีความพิการหลงเหลืออยู่ เนื่องจากสูญเสียการทำหน้าที่ของระบบประสาทและสมอง ร้อยละ 52.20 ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้เลย⁹ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่ระยะแรก (Early recovery) จะส่งผลต่ออาการและการฟื้นฟูผู้ป่วยได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่บ้านมักก่อให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากต่อครอบครัวเป็นอย่างมาก¹⁰

ภายหลังการเจ็บป่วยจะทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ผลกระทบด้านลบต่อผู้ป่วย เช่น การเกิดแผลกดทับ ข้อติด นอนติดเตียงตลอดเวลา เป็นภาระต่อคนดูแล เพิ่มค่าใช้จ่ายในบ้าน หากมารับบริการได้

ภายในเวลา 270 นาที หรือ 4.5 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ตามแนวทางการรักษาแบบช่องทางด่วน ปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบดังกล่าวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ได้รับการคัดกรองและส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่ถูกต้องทันเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์¹¹ ถ้าผู้ป่วยมาช้ากว่าเวลาที่กำหนดจะเพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล การตอบสนองต่อยาที่ใช้รักษาจะลดลง สูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะสำคัญ¹² ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การขยับถ่ายปัสสาวะ ระดับกำลังของกล้ามเนื้อขาส่วนปลาย การลุกขึ้นนั่ง การนั่งทรงตัว ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคหลอดเลือดสมองจนถึงวันที่ได้รับการฟื้นฟู และจำนวนวันนอนเข้ารับการรักษา¹³ ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง¹⁴ อนึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหากไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมหรือได้รับการฟื้นฟูล่าช้าอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งผลให้เกิดความพิการที่ถาวรตามมา หากผู้ป่วยได้รับการรักษาและฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมก็จะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติที่สุด^{15,16}

ทั้งนี้บริบทของจังหวัดบุรีรัมย์มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระดับตติยภูมิ ทติยภูมิและปฐมภูมิ แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะบ่งบอกผลลัพธ์ที่เฉพาะเจาะจงส่งผลให้เกิดการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ซึ่งข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้วางแผนหรือออกแบบการดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน เนื่องจากชุมชนเป็นพื้นที่รองรับผู้ป่วยหลังจากได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล จำเป็นต้องมีกระบวนการและวิธีการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้าน อันจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายดีที่สุดภายในระยะเวลาที่เหมาะสม และสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ส่งผลให้เกิดการดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตหลังการเจ็บป่วยของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์

คำถามการวิจัย

ปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 168 คน ได้จากการคำนวณขนาดอย่างในการวิจัยกรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปรที่ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple logistic regression) ตามสูตรของ Hsieh et al. (1998)¹⁷ ค่าตัวแปรสัดส่วนที่สนใจได้จากการศึกษาของ Yiadthaisong K, Sittipakorn S, Buatee S. (2015)¹² ซึ่งได้นำมาใช้ในสูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{B(1-B)(P_0 - P_1)^2}$$

เมื่อ n คือ จำนวนตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณด้วยสูตรการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกอย่างง่าย, P_0 = สัดส่วนผู้ที่ปรับตัวด้านร่างกายได้ดีในระยะฟื้นฟูสภาพ คือ $84/110 = 0.76$, P_1 = สัดส่วนผู้ที่ปรับตัวด้านร่างกายได้ไม่ดีในระยะฟื้นฟูสภาพ คือ $26/110 = 0.23$, B = สัดส่วนผู้ที่มีการปรับตัวด้านร่างกายในระยะฟื้นฟูสภาพ = 0.05, P = สัดส่วนตัวแปรที่ศึกษาคำนวณจาก $(1-B)(P_0) + (B)(P_1) = 0.73$, α = ระดับนัยสำคัญ กำหนด 0.05, $Z_{1-\alpha}$ = ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐาน = 1.96, β = อำนาจการทดสอบ กำหนด 0.02, $Z_{1-\beta}$ = ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐาน = 0.84 เมื่อแทนค่าลงในสูตรได้ $n = 116.18$ ผู้วิจัยได้เพิ่มให้เป็นจำนวนเต็มเท่ากับ 117 คน ซึ่งขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 10 เท่าของจำนวนตัวแปรอิสระ¹⁸ จึงปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า Variance Inflation Factor (VIF) ตาม

สูตรดังนี้

$$n = \frac{n_1}{1 - p_{1.2.3}^2}$$

โดยกำหนดค่า $p = 0.55$ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้นี้เท่ากับ 168 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์แบ่งโซนบริหารราชการเป็น 3 โซน ซึ่งในแต่ละโซนประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ กลาง และเล็ก ดังนั้นการสุ่มตัวอย่างจึงกำหนดประชากรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแห่งละ 1 คน เพื่อเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นตามเกณฑ์คัดเข้า หลังจากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายในแต่ละสัดส่วนประชากรด้วยวิธีการจับฉลากตามสัดส่วนที่คำนวณได้โดยเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) สัมครใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก ตีบหรือตัน ทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) กำลังของกล้ามเนื้อแขนและขาข้างที่อ่อนแรงตั้งแต่เกรด 0 ขึ้นไป 4) ได้รับการเยี่ยมบ้านหรือทำกายภาพบำบัดที่บ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง 5) ความสามารถในการรับรู้ปกติ เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และเกณฑ์ในการคัดออก คือ เสียชีวิตขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัญหาทางด้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบประเมิน A Post Stroke Checklist (PSC) to standardize Follow-up Care for Stroke Patients ประยุกต์ใช้จาก Ian Philp et al. (2013)¹⁹ โดยยึดหลักทฤษฎีการดูแลแบบองค์รวมของ Di Wei, Xiang - Yu Liu, Yong - Yi Chen, Xin Zhou, Hui - Ping Hu. (2016)²⁰ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า มีคำตอบให้เลือกตอบ 4 ระดับ²¹ ดังนี้ เป็นปัญหามาก ปานกลาง น้อย และไม่เป็นปัญหา ให้ค่าคะแนน 3, 2, 1 และ 0 คะแนนตามลำดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 ตอนที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยของ Neurological institute of Thailand²² จำนวน 11 ข้อ โดยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.99²³ ให้ประเมินผู้ป่วยตามคำแนะนำบันทึกคะแนนเมื่อตรวจเสร็จ ห้ามย้อนกลับเพื่อเปลี่ยนแปลงคะแนน การให้คะแนนจำแนกออกเป็น 5 ระดับ คือ 0 คะแนน หมายถึง No stroke, 1- 4 คะแนนหมายถึง Minor stroke,

5-15 คะแนนหมายถึง Moderate stroke, 16-20 คะแนนหมายถึง Moderate to severe stroke และ 21-42 คะแนนหมายถึง Severe stroke และ ตอนที่ 4 แบบประเมินระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีลักษณะเป็นแบบเติมคำตอบโดยให้ระบุจำนวนเดือนของระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาจัดกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย ระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 6 เดือน และมากกว่า 6 เดือน²⁴ โดยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคมีค่าเท่ากับ 0.86 จึงนำไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจริง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งก่อนเก็บข้อมูลได้มีการปรับมาตรฐานของผู้เก็บข้อมูลให้มีความเข้าใจในการเก็บและบันทึกข้อมูลตามแบบสอบถามหลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์และเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ในการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ การวิเคราะห์แบบพหุเชิงถดถอย (Multiple logistic regression analysis) โดยการวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่ (Bivariate analysis) นำเสนอค่า Odd Ratio (OR) พร้อมช่วงเชื่อมั่น (95% Confidence Interval: 95%CI) และค่า p-value โดยพิจารณาค่าความสัมพันธ์รายคู่ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 นำเข้าโมเดลตั้งต้น ทำการวิเคราะห์แบบพหุเชิงถดถอย ใช้การคัดเลือกตัวแปรอิสระออกจากสมการทีละตัวแปร (Backward method) พิจารณาตัวแปรที่คงอยู่ในโมเดลจากค่า p-value ≤ 0.05 โดยนำเสนอค่า Adjusted Odd Ratio (AOR) พร้อมช่วงเชื่อมั่น (95% CI of AOR) และค่า p-value²⁵

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่ใบรับรอง BRO 2020-024 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2563 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามแนวทางที่เหมาะสมกับการวิจัยในประเด็นเกี่ยวกับความเป็นอิสระ การป้องกันอันตราย และความเป็นธรรมที่มีต่อผู้ร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนส่วนใหญ่พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 59.52 มีอายุน้อยกว่า 65 ปี (Mean = 62.67, S.D. = 12.14, Min: 37, Max: 88) ร้อยละ 89.29 สำเร็จการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 63.10 อาชีพอิสระ ร้อยละ 80.36 มีร่างกายอัมพฤกษ์/อัมพาต มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลร้อยละ 86.90 มีโรคประจำตัวร้อยละ 80.95 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วย

โรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 12 เดือนร้อยละ 54.76 มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากอยู่ที่ระดับ Moderate stroke ร้อยละ 43.50 รองลงมาอยู่ที่ระดับ Minor stroke ร้อยละ 28.00 และมีระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพร่างกายมากกว่า 6 เดือนขึ้นไปร้อยละ 50.60 (Mean = 16.67, S.D. = 22.38)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์

ตารางแสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน วิเคราะห์โดยสถิติถดถอยแบบพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) (n = 168)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%) of event	Odds ratio (OR)	Adjusted Odds ratio (AOR)	95% CI of AOR	p-value
เพศ						0.197
ชาย	100	44.50	1	1		
หญิง	68	55.88	0.64	0.57	0.24-1.33	
อายุ						0.964
น้อยกว่า 65 ปี	100	53.00	1	1		
65 ปีขึ้นไป	68	44.12	1.42	0.98	0.43-2.21	
ระดับการศึกษา						0.864
ต่ำกว่าปริญญาตรี	150	46.00	1	1		
ปริญญาตรีขึ้นไป	18	77.78	0.24	1.16	0.22-6.24	
อาชีพ						0.798
อาชีพอิสระ	106	49.06	1	1		
รับราชการ	62	50.00	1.04	0.88	0.35-2.24	
ร่างกายด้านที่อัมพฤกษ์/อัมพาต						0.004
มี	135	42.96	1	1		
ไม่มี	33	75.76	4.15	5.08	1.70-15.19	
ผู้ดูแล						0.183
สมาชิกในครอบครัว	146	47.26	1	1		
นอกครอบครัว	22	63.64	1.95	2.19	0.69-6.98	
โรคประจำตัว						0.873
มี	136	47.06	1	1		
ไม่มี	32	59.38	1.64	0.92	0.31-2.68	
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง						<0.001
มากกว่า 12 เดือน	92	25.00	1	1		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 เดือน	76	78.95	11.25	1.63	1.51-1.76	

ตารางแสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน วิเคราะห์โดยสถิติถดถอยแบบพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) (n = 168) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%) of event	Odds ratio (OR)	Adjusted Odds ratio (AOR)	95% CI of AOR	p-value
ด้านร่างกาย						0.805
มีปัญหามาก	81	48.15	1	1		
มีปัญหาน้อย	87	50.57	1.10	1.13	0.42-3.04	
ด้านจิตใจ						0.010
มีปัญหามาก	84	53.57	1	1		
มีปัญหาน้อย	84	45.24	0.71	3.57	1.35-9.09	
ด้านสังคม						0.062
มีปัญหามาก	71	43.66	1	1		
มีปัญหาน้อย	97	53.61	0.91	2.45	0.96-6.30	
ด้านจิตวิญญาณ/สติปัญญา						0.490
มีปัญหามาก	65	50.77	1	1		
มีปัญหาน้อย	103	48.54	1.49	0.63	0.17-2.36	

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนแบบหลายตัวแปร พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีอาการอัมพฤกษ์อัมพาตมีโอกาสฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการเจ็บป่วยภายใน 6 เดือน เป็น 5.08 เท่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอัมพฤกษ์อัมพาต (AOR = 5.08, 95% CI = 1.70-15.19, p-value = 0.004) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 12 เดือนมีโอกาสฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองภายใน 6 เดือนเป็น 1.63 เท่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 12 เดือน (AOR = 1.63, 95% CI = 1.51-1.76, p-value <0.001) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านจิตใจน้อยมีโอกาสฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยภายใน 6 เดือน เป็น 3.57 เท่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านจิตใจมาก (AOR = 3.57, 95% CI = 1.35-9.09, p-value = 0.010)

การอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์

ประกอบด้วย

1. ร่างกายด้านที่อัมพฤกษ์/อัมพาต (p-value = 0.004) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือคนที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีทั้งคนที่มีอาการและไม่มีอาการอัมพฤกษ์อัมพาต แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพหลังเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คนที่ไม่มีอาการอัมพฤกษ์อัมพาตจะมีโอกาสฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองภายในระยะเวลา 6 เดือนได้ดีกว่ากลุ่มที่มีอาการอัมพฤกษ์อัมพาตซึ่งสอดคล้องกับช่วงเวลาทอง (Golden period) ของการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จะสามารถกลับมาฟื้นฟูสภาพได้เร็วภายใน 3-6 เดือน ดังนั้นคนที่มีอาการอัมพฤกษ์อัมพาตจึงต้องใช้ระยะเวลาฟื้นฟูสภาพนานกว่าคนที่ไม่มีอาการอัมพฤกษ์อัมพาต ต่อเนื่องจากอาการอัมพฤกษ์อัมพาตที่ยังคงเหลืออยู่จึงทำให้ระยะเวลาของคนที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่า 12 เดือนมีโอกาสฟื้นฟูสภาพหลังเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าคนที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 12 เดือนสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 85.10 มีพยาธิสภาพที่สมองข้างขวา ร้อยละ 53.70 และความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิด

คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต อยู่จนถึง 3 เดือนหลังจากป่วย เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงที่สมอง ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตก มีความยืดหยุ่น และประสิทธิภาพในการลำเลียงเลือดลดลง ทำให้ขัดขวางการลำเลียงเลือดซึ่งนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมอง กระแสเลือดอุดตันหลอดเลือดสมองทำให้หลอดเลือดตีบแคบ ส่งผลให้สมองสูญเสียการทำงานที่จนเกิดการอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย⁹

2. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ($p\text{-value} < .001$) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 12 เดือนมีโอกาสฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองภายใน 6 เดือนเป็น 1.63 เท่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 12 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง การแพทย์แห่งชาติ มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 23.98 เดือน โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือนถึง 2 ปี (ร้อยละ 49.70) ระยะเวลาที่ต้องมีผู้ดูแลต่อวันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแล และระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องการผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้นจะทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยิ่งลดลง²⁶ และการศึกษาระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 70.70 โดยระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 31.30²⁷ รวมถึงการศึกษาที่พบว่าระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไปความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 38.50 มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ตั้งแต่ 75 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ต้องการการพึ่งพาเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้เนื่องจากโดยทั่วไปการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 1 เดือนแรกหลังเกิดโรค และการทำงานของกล้ามเนื้อจะค่อย ๆ ฟื้นตัวภายใน 3-6 เดือน²⁸

3. ปัญหาด้านจิตใจ ($p\text{-value} = 0.010$) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจะต้อง

เผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ ทั้งความพิการ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และ สังคม ซึ่งผลกระทบด้านจิตใจมีสาเหตุจากความรู้สึกวิตกกังวลเป็นทุกข์ของผู้ป่วยต่อการปรับตัว²⁴ รวมทั้งจากปัญหาความบกพร่องด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายนี้อาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจกลายเป็นผู้พิการ ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ต้องได้รับการฟื้นฟูและการดูแลอย่างต่อเนื่อง²⁹ ทั้งนี้เป็นเพราะว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวต้องเผชิญกับผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน ทำให้ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่กระทบทันที รวมถึงความรู้ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอต่อสภาพการณ์การเจ็บป่วยว่าสามารถฟื้นฟูร่างกายให้กลับมาหายเป็นปกติได้ จึงอาจส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่ส่งผลถึงความคาดหวังว่าจะหาย ดังนั้นการที่จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ได้ภายในระยะเวลาเหมาะสม ผู้ดูแลอาจเริ่มจากการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยก่อนเป็นอันดับแรก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผู้ดูแลควรเน้นการดูแลด้านจิตใจเป็นลำดับแรก นอกเหนือจากด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณที่จำเป็นต้องดูแล และควรได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจากทีมบุคลากรทางสุขภาพ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างรวดเร็วและผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

2. ควรเน้นการดูแลร่างกายในระยะแรกของการเจ็บป่วยเพื่อให้มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ดี มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดเพื่อลดภาวะการพึ่งพิง ลดอัตราการพิการส่งผลให้เกิดการดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาสภาพจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อการให้การดูแลหรือแก้ปัญหาที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ควรศึกษาการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกของการเจ็บป่วยเฉพาะกลุ่ม

หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลไม่เกิน 6 เดือน เพื่อเปรียบเทียบ
ผลการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังเจ็บป่วย

3. พัฒนาเครื่องมือในการประเมินติดตามผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองและทดลองใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อ
จะเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มตัวอย่างในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองในชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ที่ให้การสนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดบุรีรัมย์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคน
ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยทำให้การวิจัยประสบผลสำเร็จ
เป็นอย่างดี

References

1. World Stroke Organization. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2019. Switzerland: WSO Administrative Office; 2019.
2. Strategy and Planning Division. Public health statistics A.D.2018. Nonthaburi: Office of the permanent Secretary Ministry of Public Health: Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
3. Buriram Provincial Health Office. Manual explanation of Indicators for health Improvement operations for controlling, monitoring, and evaluation the performance agreement to the government performance certification A.D.2019. Buriram: Buriram Provincial Health Office; 2019. (in Thai)
4. Butsing N. Caring process for acute stroke patients. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2019;34(3):15-29. (in Thai)
5. Lutz BJ et al. The crisis of stroke: experiences of patientss and their family caregivers. Top Stroke Rehabil. 2011;18(6):786-797.
6. Vanhook P. The domains of stroke recovery: a synopsis of the literature. J Neurosci Nurs. 2009;41(1):6-17.
7. Duncan PW et al. The stroke impact scale version 2.0. Evaluation of reliability, validity, and sensitivity to change. Stroke 1999;30(10): 2131-2140.
8. Robinson, R. G. The clinical neuropsychiatry of stroke. New York: Cambridge University Press; 1998.
9. Jintaganon T. Health related quality of life in stroke survivors. Region 4-5 Medical Journal. 2019;38(2):114-124. (in Thai)
10. Pitthayapong S. Situations, problems, and barriers of post-stroke care in the transitional period from hospital to home. Thai Red Cross Nursing Journal. 2018;11(2):26-39. (in Thai)
11. Chuvongs S, Kaewsarn P, Sadhitwithayan S. The development of stroke fast track screening and referral model for patients at Central Chest Institute of Thailand. Thai Red Cross Nursing Journal. 2022;23(1):511-519. (in Thai)
12. Yiadthaisong K, Sittipakorn S, Buatee S. Selected factors correlated with physical adaptation among stroke patients in rehabilitation phase. Srinagarind Med J. 2015;30(5):491-497. (in Thai)
13. Taoros A, Chareontanyarag L, Thepmontha P. Factors related to outcomes rehabilitation of stroke patients. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience. 2017;11(3):20-30. (in Thai)
14. Phakdeewiwat P, Liangchawengwong S, Muengtawepong S. The factors predicting the mobility of stroke patients during the first year of stroke. Thai Red Cross Nursing Journal. 2018;19(special edition):185-193. (in Thai)

15. Wongcharoen N, Ratchatathanarat T, Somngam P. Development of continuity of care model for stroke patients. *Academic Journal of Community Public Health*. 2020;6(4):61-71. (in Thai)
16. Chantra R, Sansuwan R, Heeaksorn C. Care for stroke patients with a multidisciplinary team. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017;18(special edition):49-55. (in Thai)
17. Hsieh et al. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*. 1998;17:1623-1634.
18. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 3rd ed. Bangkok: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; 2004.
19. Lan Philp et al. Development of a poststroke checklist to standardize follow-up care for stroke patientss. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*. 2013;22(7):173-180.
20. Di Wei, Xiang - Yu Liu, Yong - Yi Chen, Xin Zhou, Hui - Ping Hu. Effectiveness of physical, psychological, social, and spiritual Intervention in breast cancer patientss: An Integrative review. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2016;3(3):226-232.
21. Onwubuya E.A., Nenna M.G., Ugbaja M.O. Educational and education strategies used by extension workers in Onitsha Agricultural Zone of Anambra State, Nigeria: *Academic journal*. 2015;10(12):1421-1426.
22. Neurological institute of Thailand. Clinical nursing practice guidelines for stroke. Bangkok: Tanapress; 2016. (in Thai)
23. Nilanont Y, Phattharayuttawat S, Chiewit P, Chotikanuchit S, Limsriwilai J, Chalernpong L, et al. Establishment of the thai version of National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) and a validation study. *J Med Assoc Thai*. 2010;93(1):S171-178. (in Thai)
24. Stefan Knecht, Stefan Hesse, and Peter Oster. Rehabilitation after stroke. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2011;108(36):600-6.
25. Thinkhamrop B. Workbook for biostatistics. 2nd ed. Khon Kaen: Klungnanawitthaya; 2000. (in Thai)
26. Kitila S, Thammakun T, Chankong W. Factors affecting quality of life of stroke patients at Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center*. 2019;36(2):105-114. (in Thai)
27. Srithumsuk W, Jaipong S, Setchoduk K, Teerawongsa N, Nilnate N. Factors predicting needs of caregivers of new patients with post-acute stroke. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2020;13(2):144-158. (in Thai)
28. Tuida K, Kerdmongkol P, Amnatsatsue K, Rawiworakul T. Factors predicting activities of dialy living among stroke patients in Bangkok Metropolitan. *Journal of Public Health Nursing*. 2017; 31(special edition):27-42. (in Thai)
29. Chuejedton R, Tamdee D. Factors related to quality of life among stroke survivors. *Journal of Associated Medical Sciences*. 2014;50(3): 597-604. (in Thai)