บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป

Factors Influencing Quality of Life in Elderly Stroke in Next Normal

ปภาวดี ชิราวัธน์ (Papahwadee Chirawat)*
ณิชกานต์ ทรงไทย (Nichakarn Songthai)**
แสงเดือน อภิรัตนวงศ์ (Sangduan Apiratanawong)***

Received: March 14, 2024
Revised: April 9, 2024
Accepted: May 15, 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางนี้เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 120 ราย ที่ได้จากการสุ่มแบบมีระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติและสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย แบบสอบถามประกอบด้วย 1) ภาวะซึมเศร้า 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3) การสนับสนุนทางสังคม และ 4) คุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับนี้เคยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง ผู้วิจัยขออนุญาตใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงแต่นำมาทดสอบความเที่ยงซ้ำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.71, 0.94, 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ค่าถดถอยโลจิสติกทวิโดยวิธี Forward stepwise

** Corresponding author: Nichakarn Songthai; E-mail: nichakarns@nu.ac.th; nsongthai@gmail.com
*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Student, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Naresuan University)
**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)
***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Instructor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.8 ปัจจัยที่ทำนายโอกาสของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 61.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีประสิทธิภาพการทำนายถูกต้องร้อยละ 87.5 ผลการศึกษานี้ สามารถนำปัจจัยที่ค้นพบไปใช้เป็นข้อมูลในการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, โรคหลอดเลือดสมอง, ยุคปกติถัดไป

Abstract

The purpose of this cross-sectional research was to study factors predicting the quality of life of elderly people with stroke in the next normal era. The 120 elderlies with stroke diagnosed within six months, obtained from systematic random sampling was the study sample. Data were collected from profile files and structured interviews. The research tools were a demographic data and illness history form. The questionnaires consisting of 1) depression 2) perception of self-efficacy 3) social support and 4) quality of life of stroke patients. All four questionnaires have been previously completely standard content validity and reliability. The researcher asked permission to use it without modifying but re-test the reliability. The Cronbach's alpha coefficient of the questionnaire was obtained as 0.71, 0.94, 0.92, and 0.95, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and analyze the binary logistic regression using the Forward stepwise method.

The research results found that the elderly with stroke had an overall quality of life at a good level (70.8%). Factors which predict good quality of life include the severity of the disease, type of stroke, and perception of self-efficacy. The three factors together able to predict 61.9% with statistical significance at the .05 level and had a correct prediction efficiency of 87.5%. The results of this study can utilize to provide information for effective continuously care in order to promote good quality of life for elderly people with stroke.

Keywords: Quality of life, Elderly, Stroke, Next normal

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2560-2565 จาก 278.49, 308.2, 318.89, 328.01, 330.22 และ 330.72 ตามลำดับ (Tiamkao, 2022) โรคหลอดเลือดสมองนี้นอกจากจะทำให้เกิดอันตรายอย่างเฉียบพลันแล้วยังเป็นอันตรายถึงชีวิต ข้อมูลรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปีพ.ศ. 2563 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (คิดเป็นอัตราการตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 69 (Department of Disease Control, 2022) จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความสำคัญและมีความซุกค่อนข้างสูงโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่ง ไมเนอร์ (Meiner, 2015) ได้อธิบายกระบวนการสูงอายุว่า เมื่ออายุมากขึ้นโปรตีนบางส่วนที่เป็นโครงสร้างของหลอดเลือดและระบบไหลเวียนเลือดจะมีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะไขว้วางกัน (Cross-linked) ส่งผลให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดแข็งตัวและไม่ยืดหยุ่น นอกจากนี้ เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดมีการสะสมของสารไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) ทำให้หลอดเลือดหนาและแข็งตัวขึ้น ทั้ง 2 กลไกทำให้หลอดเลือดสมองเปราะ แตกง่าย และมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางที่แคบลง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จึงเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้บ่อยในผู้สูงอายุและฟื้นตัวได้ช้ากว่าวัยอื่นๆ

ผลกระทบที่ตามมานอกจากการเสียชีวิตแล้ว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ถึงร้อยละ 90 และร้อยละ 71 ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างน้อย 100,000 บาทต่อปี และค่าใช้จ่ายในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 12,619 บาทต่อเดือน นอกจากนี้จากสภาพความเจ็บป่วยดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Chuajedton, 2017; Doungchan, Sinprasert, Throngthieng, Wanchai, Sutthilak, & Banlengchit, 2021; The National Institute for Emergency Medicine, 2022)

เฟอร์รานส์, เซอวิค, วิลเบอร์ และลาร์สัน (Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพว่าเป็นการมุ่งเน้นไปที่ความผิดปกติของร่างกายซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วยและการรักษา มุ่งเน้นที่ผลกระทบด้านลบของการเจ็บป่วยต่อมุมมองของแต่ละคนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 1) ปัจจัยเฉพาะบุคคล 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และ 3) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางอ้อมได้แก่ 4) ปัจจัยด้านชีววิทยา 5) ปัจจัยด้านอาการ และ 6) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกมีคุณภาพชีวิตไม่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับชนิดตีบหรืออุดตัน (Ali, 2020) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ความรุนแรงของโรค (Chuejedton, 2017) และภาวะซึมเศร้า (Visser, Aben, Heijenbrok-Kal, Busschbach, & Ribbers, 2014) ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Maneechumpoo, 2020) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม (Phiwkhao, Preechawong, & Jitpanya, 2017) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เริ่มมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ Covid-19 ในประเทศไทยและส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 70.1-91.8 รับรู้ว่าตนเองได้รับผลกระทบจากสถานการณ์นี้ เช่น การดูแลตนเอง การเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ การเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วย เป็นต้น (Vajragupta & Jitsuchon, 2020) และเมื่อก้าวผ่านจากชีวิตวิถีใหม่สู่ยุคปกติถัดไป (Next normal) จึงเป็นการใช้ชีวิตในรูปแบบใหม่โดยจะต้องมีการปรับตัวกลับเข้าสู่สภาวะปกติที่ไม่เหมือนเดิม เช่น การดำเนินชีวิตแบบลดการสัมผัส รูปแบบการดำเนินชีวิตที่เน้นความปลอดภัย ทำให้กลุ่มคนในสังคมเกิดการรักษาระยะห่าง ความสัมพันธ์

ของคนในสังคมลดน้อยลง การมีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันลดน้อยลง ทั้งนี้อาจทำให้เกิดช่องว่างของกลุ่มคนในสังคมมากขึ้น (Wongwassana, 2021) ถึงแม้สถานพยาบาลต่างๆ รวมถึงโรงพยาบาลจะมีการปรับรูปแบบการให้บริการที่เคยเคร่งครัดจากยุคชีวิตวิถีใหม่ที่ต้องมีการเว้นระยะห่างตามมาตรการ D - M - H - T - T มาเป็นการใช้มาตรการ Universal prevention แต่เมื่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับเชื้อ Covid-19 ยังคงต้องหยุดให้บริการผู้ป่วยจึงอาจทำให้การให้บริการของการดูแลรักษา การติดตามเยี่ยมบ้านรวมไปถึงการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองห่างออกไป เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหากได้รับเชื้อ Covid-19 จะไม่สามารถมาตรวจตามแพทย์นัดได้ หรือขาดการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางสังคมในด้านอื่นๆ สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่อาจส่งผลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ดำรงชีวิตในยุคปกติถัดไป

โดยสรุป จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (Ali, 2020) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Chuejedton, 2017) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Maneechumpoo, 2020) ภาวะซึมเศร้า (Visser et al., 2014) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม (Phiwkhao, Preechawong, & Jitpanya, 2017) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทั้งผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ทำการศึกษาในยุคก่อนการระบาดของเชื้อ Covid-19 และยังไม่พบการนำตัวแปรทั้งหมดมาร่วมกันศึกษาอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีการเปลี่ยนแปลงตามวัยและข้อจำกัดในการดำรงชีวิตตามปัจจัยลักษณะเฉพาะบุคคลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะในสภาพแวดล้อมในยุคปกติถัดไปที่อาจส่งผลต่อการสนับสนุนทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในยุคปกติถัดไปให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

วัตุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป

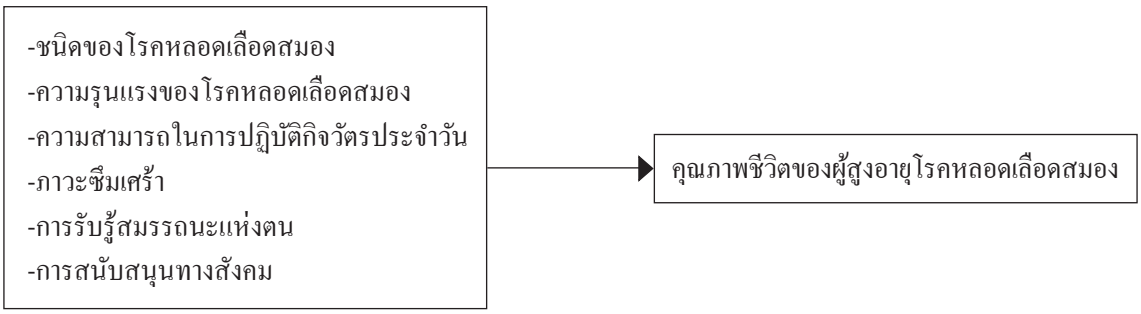
2.เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป

สมมติฐานของการวิจัย

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของเฟอร์รานส์และคณะ (Ferrans et al., 2005) โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะเฉพาะบุคคล (Characteristics of the individual) ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากการวิจัยก่อนหน้าที่พบว่า มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological function) ที่ครอบคลุมการทำงานของร่างกาย ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง 2) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functional status) เป็นความบกพร่องหรือความพิการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม หลังการระบาดของเชื้อ Covid-19 หรือในยุคปกติถัดไป 5) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (General health perceptions) ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ในการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรแล้ว (เอกสารเลขที่ 368/2023 วันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2566) สถานที่วิจัยคือ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ที่ให้บริการผู้ป่วยที่มารับการตรวจและติดตามอาการ

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน ที่เข้ารับบริการติดตามอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 - มีนาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 120 ราย กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยโดยคำนวณจากสูตรของ Thorndike (Srisatidnarakul, 2010) คือ n = 10k + 50 (k คือจำนวนตัวแปรที่ศึกษา) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับจำนวน 120 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน รู้สึกตัวดี หรือมีคะแนนกลาสโกว์โคมาสกอร์ (Glasgow coma score: GCS) 15 คะแนนเต็ม สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหาการได้ยิน การรับรู้เป็นปกติ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว 2) มีอาการกำเริบของโรค และหรืออาการไม่คงที่ 3) มีสภาวะอื่น ๆ ที่ไม่สามารถให้ให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง 4) มีภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ 5) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม และ 6) มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 5 ชุด ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และประวัติการได้รับเชื้อ Covid-19 ในช่วง 3 เดือน ที่ได้จากการสัมภาษณ์ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ซึ่งได้จากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (ชนิดตีบ/อุดตันและชนิดแตก) ตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ และผลการประเมินผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายตามแบบประเมินของสถาบันประสาทวิทยา (Neurological Institute of Thailand, 2016) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้เป็นสากล ลักษณะคำตอบของแบบประเมินเป็นมาตราประมาณค่า ได้แก่ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินได้จากแบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง Modified Rankin Scale (mRS) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-6 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) มีความรุนแรงน้อย (mRS < 3 คะแนน) และ 2) มีความรุนแรงมาก (mRS $\geq$ 3 คะแนน) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index: BI) ที่มีการแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมด (BI > 95 คะแนน) 2) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้บางส่วน (BI $\leq$ 95 คะแนน)

2. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Patient health questionnaire-9: PHQ-9) ของเคิร์ต, สปิตเซอร์ และวิลเลียมส์ (Kroenke, Spitzer, & William, 2001) ฉบับแปลภาษาไทยโดยมาโนช หล่อตระกูล, สุธิดา สัมฤทธิ์ และรัตนา สายพานิช (Lotrakul, Sumrithe, & Saipanish, 2008) ซึ่งกฉิฐา ตุ้ยดา, พัชราพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ และทัศนีย์ รวิวรกุล (Tuida, Kerdmongkol, Amnatsatsue, & Rawiworrakul, 2017) ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.77-1 ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมีความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.78 ข้อคำถาม มีจำนวน 9 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ มีคะแนนระหว่าง 0-27 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($\leq$ 4 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่เล็กน้อยถึงรุนแรง (> 4 คะแนน)

3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสุภัทรา ผิวขาวและคณะ (Phiwkhao et al., 2017) มาใช้ซึ่งเครื่องมือวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.93 ข้อคำถามมีจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ มีคะแนนระหว่าง 9-36 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย > 3.00 คะแนน) และ 2) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย $\leq$ 3.00 คะแนน)

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของฮานี เวาะและ (Wokleah, 2016) มาใช้ ซึ่งเครื่องมือวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1 ทดลองใช้และวิเคราะห์ความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.97 มีจำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย $\geq$ 3.50 คะแนน) และ 2) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย < 3.50 คะแนน)

5. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Thai-SS-QOL-12) ของโพสต์, บูส์แมน, ซันด์ฟอร์ท, ปาซิเออร์, ริงเคิล และวิสเซอร์-มีลี (Post, Boosman, Zandvoort, Passier, Rinkel, & Visser-Meily, 2011) แปลเป็นภาษาไทยโดย ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, วชิรา โพธิ์ใส, เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ, วินัย ไตรนาทถวัลย์ และวานิช สุขสถาน (Thangkratok, Posai, Phiphatsombat, Trainattawan, & Suksatan (2019) มาใช้ ซึ่งเครื่องมือวิจัยนี้ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.6 ถึง 1 ทดลองใช้และวิเคราะห์ความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 ด้านร่างกายเท่ากับ 0.86 และด้านจิตสังคม เท่ากับ 0.90 ประกอบด้วยการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน คำนวณคะแนนรวม (ร้อยละ) = (คะแนนเฉลี่ย item score – 1)/4 x 100 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ 1) ระดับคุณภาพชีวิตดี คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75 และ 2) ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนนรวม น้อยกว่า ร้อยละ 75

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ 1) ภาวะซึมเศร้า 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3) การสนับสนุนทางสังคม 4) คุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและผ่านทดลองใช้กับผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนหน้าแล้ว ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือโดยไม่ได้ดัดแปลงใด ๆ จึงไม่มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ แต่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ค่าความเที่ยงซ้ำคำนวณจากผลการใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.71 , 0.94 , 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก เพื่อขอเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง 1 ครั้ง เมื่อกลุ่มตัวอย่างพร้อม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาเป็นเวลา 3 ปี จากนั้นจะถูกทำลายทิ้ง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยจากแฟ้มข้อมูลของผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสัมภาษณ์เพิ่มเติมตามแบบบันทึก แล้วจึงสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม 4 ฉบับได้แก่ 1) ภาวะซึมเศร้า 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3) การสนับสนุนทางสังคม 4) คุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาที และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมกราคม พ.ศ. 2567-มีนาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยการถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression) ด้วยวิธีไปข้างหน้า (Forward stepwise: Likelihood ratio)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.7) มีอายุเฉลี่ย 69.8 ปี (S.D. = 8.067) ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 37.5) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 12,000 บาท (ร้อยละ 60) มีสถานภาพสมรส คือ สมรส (ร้อยละ 59.2) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 42.5) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ (77.5) และไม่เคยติดเชื้อ Covid-19 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 96.7) ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน (ร้อยละ 73.3) โดยมีระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 3-6 เดือน

2. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมดี ร้อยละ 70.8 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ที่มีคุณภาพชีวิตดีมีคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมอยู่ในดีกว่าด้านร่างกาย ร้อยละ 71.7 และ 69.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n= 120)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต			
	คุณภาพชีวิตดี (≥ ร้อยละ 75)		คุณภาพชีวิตไม่ดี (≥ ร้อยละ 75)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตโดยรวม	85	70.8	35	29.2
ด้านร่างกาย (Physical)	83	69.2	37	30.8
ด้านจิตสังคม (Psychosocial)	86	71.7	34	28.3

3. ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป (n = 120)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		Chi-Square	p-value
	คุณภาพชีวิตดี	คุณภาพชีวิตไม่ดี		
	85 (70.8)	35 (29.2)		
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง			33.094	<.001***
- Ischemic stroke	75 (88.2)	13 (37.1)		
- Hemorrhagic stroke	10 (11.8)	22 (62.9)		
ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง			54.454	<.001***
- mRS (< 3 คะแนน)	69 (81.2)	3 (8.6)		
- mRS (≥ 3 คะแนน)	16 (18.8)	32 (91.4)		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน			41.377	<.001***
- ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมด	62 (58.2)	3 (4.6)		
- ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้บางส่วน	23 (41.8)	32 (95.4)		
ภาวะซึมเศร้า			6.426	.011*
- ไม่มี (≤ 4 คะแนน)	83 (97.6)	30 (85.7)		
- มี (> 4 คะแนน)	2 (2.4)	5 (14.3)		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน			35.358	<.001***
- มาก (ค่าเฉลี่ย > 3.00 คะแนน)	70 (82.4)	9 (25.7)		
- น้อย (ค่าเฉลี่ย ≤ 3.00 คะแนน)	15 (17.6)	26 (74.3)		
การสนับสนุนทางสังคม			001	.972
- มาก (ค่าเฉลี่ย ≥ 3.50)	80 (94.1)	2 (5.7)		
- น้อย (ค่าเฉลี่ย < 3.50)	5 (5.9)	33 (94.3)		

*p < .05, ***p < .001

4. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression) ด้วยวิธีไปข้างหน้า (Forward stepwise: Likelihood ratio) โดยตัวแปรตาม (y) คือ ระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กำหนดให้มี 2 ค่า คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (y =1) และการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (y =0) และก่อนการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูลพบว่าตัวแปรความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กันเองเกิน 0.80 หรือ Multicollinearity (rs= 0.88) ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของ Stevens (1996 cited in Kaiyawan, 2012) จึงคงไว้เพียงตัวแปรความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีค่าความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสูงกว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (r_s = 0.67 และ 0.58 ตามลำดับ) ดังนั้นคงเหลือตัวแปรทำนายที่ศึกษา 4 ตัวแปร ได้แก่ 1) ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง 2) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) ภาวะซึมเศร้า และ 4) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่ได้นำไปวิเคราะห์สมการถดถอยแบบไปข้างหน้า (Forward stepwise: Likelihood ratio)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป พบว่าตัวแปรทำนายโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ร้อยละ 61.90 (Nagelkerke R^2 = 61.9%) และมีความสามารถทำนายโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นเท่ากับร้อยละ 87.5 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบไปข้างหน้า (Forward LR) ของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n = 120)

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง	1.311	.625	4.400	1	.036*	3.711	1.090	12.634
ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	2.694	.750	12.893	1	.000***	14.783	3.398	64.312
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	1.305	.621	4.423	1	.035*	3.688	1.093	12.446
Constant	-1.798	.543	10.975	1	.001	.166		
Nagelkerke R^2 = 61.9%						Percentage Correct = 87.5		

*p < .05, ***p < .001

จากตาราง 3 แสดงตัวแปรอิสระที่เข้าสมการด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไปข้างหน้าพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ได้แก่ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าอำนาจการทำนายการเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากที่สุด (B = 2.694, p < .001) รองลงมาคือ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (B = 1.311 p =.036) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (B = 1.305, p = .035) และสามารถสร้างสมการทำนายโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไปได้ร้อยละ 61.9 (Nagelkerke R^2 = 61.9%) และมีประสิทธิภาพการทำนายถูกต้องร้อยละ 87.5 โดยสามารถสร้างสมการโลจิสติกได้ดังนี้

Log (โอกาสที่จะเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี/โอกาสที่จะเสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง) = -1.798 + 1.311 (ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง) + 2.694 (ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง) + 1.305 (การรับรู้สมรรถนะของตนเอง

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ ส่วนภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1.เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 70.8) โดยในคนที่มีคุณภาพชีวิตดีจะมีจำนวนของผู้ที่รับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมดีมากกว่าด้านร่างกาย (ร้อยละ 71.7 และ 69.2 ตามลำดับ) สามารถอธิบายตามแนวคิดของ เฟอร์รานส์และคณะ (Ferrans et al., 2005) ที่ได้อธิบายว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นและมีความสำคัญกับบุคคลนั้น รวมถึงการยอมรับในการดำเนินชีวิตในปัจจุบันและได้รับอิทธิพลโดยตรงจากปัจจัยเฉพาะบุคคล (Characteristics of the individual) ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและพัฒนาการมีผลต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงผู้สูงอายุตอนต้น (อายุเฉลี่ย 69.8 ปี) และส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด โดยมีระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 3-6 เดือน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการฟื้นตัวด้านร่างกายได้ดีตามพยาธิสภาพของโรคระยะฟื้นฟูระยะแรก (Early recovery) ของโรคหลอดเลือดสมองโดยจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกาย กับการพึ่งพาตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Late recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูสภาพได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท (Tippayanate & Chanabutr, 2016) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.7) และสามารถประกอบอาชีพเดิมก่อนการเจ็บป่วยได้ (ร้อยละ 57.5) แสดงให้เห็นว่า ยังคงความสามารถในการรับผิดชอบในงานของตนเองได้โดยไม่เป็นภาระต่อครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายดี และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ วิสเซอร์ และคณะ (Visser et al., 2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = - 0.689$, $p < .01$) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 97.7) จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 59.2) ซึ่งคู่สมรสจะเป็นผู้ดูแลที่สำคัญและจะคอยช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้คำปรึกษา พูดคุย ให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอบอุ่นใจเหมือนมีเพื่อนที่รู้ใจอยู่ใกล้ ๆ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยากให้คนในครอบครัวเป็นผู้ดูแล (Saengthongsuk, 2019) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีกว่าด้านร่างกายเล็กน้อย และส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของฮานี เวาะและที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 62.7 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับมาก ร้อยละ 46.2 (Wokleah, 2016)

2.เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือด ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีค่าอำนาจการทำนายการเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากที่สุด ($B = 2.694$) รองลงมาคือ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ($B = 1.311$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($B = 1.305$) ได้ร้อยละ 61.9 (Nagelkerke $R^2 = 61.9\%$) และมีประสิทธิภาพการทำนายถูกต้องร้อยละ 87.5 (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และสร้างสมการโลจิสติก ได้ดังนี้

Log (โอกาสที่จะเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี/โอกาสที่จะเสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง) = -1.798 + 1.311(ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง) + 2.694 (ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง) + 1.305 (การรับรู้สมรรถนะของตนเอง)

ผู้วิจัยอภิปรายความตามสมการทำนาย ได้ดังนี้

2.1 ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายหรือมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตได้มากขึ้น 14.8 เท่า (OR = 14.783, 95% CI = 3.398-64.312, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองต่ำ (mRS < 3) มีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ 14.8 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสูง (mRS ≥ 3) กล่าวคือ โรคหลอดเลือดสมอง คือภาวะที่เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลายเนื่องจากความผิดปกติของหลอดเลือดทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางระบบประสาท (Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, 2017) โดยความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของพยาธิสภาพ และจะมีผลต่อการฟื้นสภาพ ในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคมาก จะมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเนื่องจากสูญเสียการทำหน้าที่ด้านร่างกาย หรือเกิดความพิการ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานต่อการสูญเสียการทำหน้าที่ด้านร่างกาย รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าและไม่มีความสุขในชีวิต ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจในชีวิตลดลงหรือคุณภาพชีวิตลดต่ำลง (Wokleah, 2016) การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (mRS) ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความผิดปกติใดๆ รองลงมาคือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีความผิดปกติที่รุนแรง สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ รังษิยา เชื้อเจ็ดตน (Chuejedton, 2017) ที่พบว่า ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (mRS) มีค่าความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ($r_s = - 0.316$, $p < .05$) นอกจากนี้ โหย่วและคณะ (Yeoh et al., 2018) ทำการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกที่ทำนายคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหลังโรคหลอดเลือดสมองพบว่า mRS ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีอำนาจในการทำนายโดยตรงกับคุณภาพชีวิตหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะ 3 เดือน และ 12 เดือน ($\beta = - 0.179$ และ $\beta = - 0.136$ ตามลำดับ) ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองต่ำ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสูง โดยที่ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีค่าอำนาจการทำนายการเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากที่สุด ($\beta = 2.69$)

2.2. ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน สามารถทำนายหรือมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากขึ้น 3.71 เท่า (OR = 3.711, 95% CI = 1.090 - 12.634, $p < .05$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีเป็น 3.71 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก ซึ่ง The National Institute for Emergency Medicine (2022) อธิบายว่า โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมีอาการและความรุนแรงของโรคในขอบเขตตามตำแหน่งที่มีการอุดตันเท่านั้น แต่โรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกจะมีเลือดออกในเนื้อสมอง และใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง มีเนื้อสมองที่บวมขึ้นและกดเบียดเนื้อสมองส่วนอื่น ๆ ทำให้สมองส่วนนั้นสูญเสียการทำงานไป นอกจากนี้ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันสามารถทำได้รวดเร็วโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงเนื้อสมองก่อนที่เนื้อสมองจะตาย และทำให้สามารถกลับมาทำงานได้อีกตามปกติ ด้วยเหตุนี้การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันจึงดีกว่าชนิดแตก (Kongpiam, 2015) สอดคล้องกับอไล (Ali, 2020) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีเมื่อเทียบกับ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ทำให้ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันมีอิทธิพลในการทำนายโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ โดยมีค่าอำนาจการทำนายการเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (β =1.31)

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาก สามารถทำนายหรือมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากขึ้น 3.70 เท่า (OR = 3.688, 95% CI = 1.093 - 12.446, $p < .05$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาก มีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ 3.70 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนน้อย อธิบายได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความรู้สึกนึกคิดหรือตัดสินความสามารถส่วนบุคคลในการทำพฤติกรรมนั้นๆ เป็นความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต ทำให้พฤติกรรมและคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (Bandura, 1986) ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้และมีความมั่นใจความสามารถของตนเอง รับรู้ถึงศักยภาพตนเองและมีความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการควบคุมและจัดการสถานการณ์ต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตในระดับดี จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การใส่ใจดูแลสุขภาพและกายภาพบำบัด การทำกิจวัตรประจำวัน เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับมากจึงรับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 82.4 สอดคล้องกับ ปีเตอร์, พอตเตอร์, เคลลี และฟิตซ์แพทริก (Peters, Potter, Kelly, & Fitzpatrick, 2019) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .54$, $p < .001$) ด้วยเหตุนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงสามารถทำนายโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีค่าอำนาจการทำนายการเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้น้อยที่สุด (β= 1.30) เมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรทำนายอื่น

สำหรับปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายได้ มีดังต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้านรวมไปถึงการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจากการที่รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้งเมื่อครอบครัวต้องออกไปทำงานเพื่อหารายได้ให้กับครอบครัว และรู้สึกอายที่ตนเองพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงไม่อยากเข้าสังคม ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตลดลง (Seesawang & Thongtang, 2016) อาห์เมด, บาฮูรูพี, กุมาร์ และตะมัณหะ (Ahmed, Bahurupi, Kumar, & Tamanna, 2020) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีอำนาจในการทำนายร่วมกับตัวแปรอื่นที่อยู่ในสมการ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุโรคหอลดเลือดสมองที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง อาจส่งผลให้มีความมั่นใจในตนเองและเห็นคุณค่าในตัวเองสูงขึ้น ซึ่งอาจช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดได้ (Thanh Tuyen et al., 2018) การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับมาก และส่วนใหญ่ไม่มีความพิการใดๆ จึงทำให้ภาพลักษณ์ไม่แตกต่างไปจากเดิม อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก จึงทำให้ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตดีและกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 97.60 และ 85.7 ตามลำดับ ด้วยเหตุนี้ภาวะซึมเศร้าจึงไม่มีอำนาจในการทำนายร่วมกับตัวแปรอื่นที่อยู่ในสมการ

2. การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์และส่งผลโดยตรงกับคุณภาพชีวิตประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมด้านสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล หรืออิทธิพลทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ที่มีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ (Ferrans et al., 2005) เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนจากสังคม สิ่งแวดล้อม และบุคคลที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อสู้กับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมีสภาวะอารมณ์เชิงลบดีขึ้น รู้สึกมีที่พึ่ง ทำให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี (Phiwkhao et al., 2017) การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวที่ดีของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (Thanthitaweewat & Jitpanya, 2019) แต่ในยุคปกติถัดไป

รูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตดีและไม่ดีเปลี่ยนแปลงไป โดยเน้นความปลอดภัย ทำให้ความสัมพันธ์ของคนในสังคมลดน้อยลง การมีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันลดน้อยลง สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ความสุขของคนในสังคมลดลง (Wongwassana, 2021) สถานบริการสุขภาพมีมาตรการการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล (Universal prevention) เมื่อบุคลากรหรือผู้รับบริการที่ได้รับเชื้อ Covid-19 อาจเลื่อนหรือเปลี่ยนแปลงการให้บริการ การติดตามเยี่ยมบ้าน รวมถึงการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในขณะที่สถานพยาบาลต่าง ๆ ได้พยายามนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อเพิ่มช่องทางในการให้ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น Medicine NU Official ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร (Faculty of Medicine, Naresuan University, 2023) โดยมีเนื้อหาเป็นชุดความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่างกัน และไม่มีอำนาจในการทำนายร่วมกับตัวแปรอื่นที่อยู่ในสมการทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรนำปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ค้นพบ ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการรับรู้สรรถนะแห่งตนร่วมกับการลดความรุนแรงของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมกับชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้ประสานงานและพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ที่เป็นสื่อการในการติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนขอกราบขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

Ahmed, T., Bahurupi, Y., Kumar, R. & Tamanna. (2020). Factors affecting quality of life among post-stroke patients in the Sub-Himalayan Region. *Journal of Neurosciences in Rural Practice, 11*(4), 1-7.

Ali, D. K. (2020). Quality of life of patients with ischemic stroke versus hemorrhagic stroke: Comparative study. *Medico-legal Update, 20*(2), 576-582.

Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 4*(3), 359–373.

Chuejedton, R. (2017). *Factors related to quality of life among stroke survivors.* Master Thesis, Chiang Mai University, Chiang Mai. [In Thai].

Department of Disease Control. (2022). *The Department of Disease Control promotes World Stroke Day or Global Stroke Day 2022.* Retrieved 29 April 2023 from https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623. [In Thai].

Doungchan, N., Sinprasert, P., Throngthieng, W., Wanchai, A., Sutthilak, C., & Banlengchit, S. (2021). Stroke in older people and guidelines for strengthening caregivers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 22*(1), 20-28. [In Thai].

Faculty of Medicine Naresuan University. (2023). *World Stroke Day 2023 project under the theme "Emergency stroke evaluation and management in hospital".* Retrieved from https://med.nu.ac.th/home/index.phplanguage=&-mod=more_detail&nID=19434

Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. (2017). *Cerebrovascular disease.* Retrieved from https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/hph/admin/news_files/545_49_1.pdf. [In Thai].

Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship, 37*(4), 336-342.

Kaiyawan, Y. (2012). Principle and using logistic regression analysis for research. *Rajamangala University of Technology Srivijaya Research Journal, 4*(1), 1-12. [In Thai].

Kongpiam, D. (2015). Nursing care of the ischemic stroke patients with thrombolysis. *Mahasarakham hospital journal, 12*(2), 49-58. [In Thai].

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine, 16*(9), 606-613. [In Thai].

Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry, 8*(46), 1-7. [In Thai].

Maneechumpoo, S. (2020). *Factors influencing self-care ability and quality of life in stroke patients at Chiang Mai Neurological Hospital.* Retrieved from https://www.cmneuro.go.th/TH/research.php?year=2563. [In Thai].

Meiner, S. E. (2015). *Gerontologic nursing* (5th ed.). St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby.

Neurological Institute of Thailand. (2016). *Clinical practice guidelines for stroke rehabilitation* (3rd ed.). Bangkok: Tana Press & Graphic. [In Thai].

Peters, A., Potter, C.M., Kelly, L. & Fitzpatrick, R. (2019). Self-efficacy and health-related quality of life: A cross-sectional study of primary care patients with multi-morbidity. *Health and Quality of Life Outcomes, 17*(1), 1-11.

Phiwkhao, S., Preechawong, S., & Jitpanya, C., (2017). Relationships among coping, social support, perceived self-efficacy and health related-quality of life in first-time stroke patients. *HCU Journal, 21*(41), 123–136. [In Thai].

Post, M. W., Boosman, H., van Zandvoort, M. M., Passier, P. E., Rinkel, G. J., & Visser-Meily, J. M. (2011). Development and validation of a short version of the stroke specific quality of life scale. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 82*(3), 283-286.

Saengthongsuk, O. (2019). *The study of the quality of life of the elderly in Thailand: A case study of Bangkok Prathum Thani and Nonthaburi.* Sripatum University, Bangkok. [In Thai].

Seesawang, J. & Thongtang, P. (2016). Post-stroke depression among older adult stroke survivors. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 8*(2), 73- 85. [In Thai].

Srisatidnarakul, B. (2010). *The methodology in nursing research.* Bangkok : U & I INTER MEDIA CO.,LTD. [In Thai].

Thangkratok, P., Posai, V., Phiphatsombat, P., Trainattawan, W., & Suksatan, W. (2019). Validity and reliability of the Thai version of the stroke specific quality of life scale. *Journal of Medicine and Health Sciences, 26*(2), 33-43. [In Thai].

Thanh Tuyen, L. T., Jullamate, P., & Rosenberg, E. (2018). Factors related to post-stroke depression among older adults in Da Nang, Viet Nam. *Journal of Nursing and Health Sciences, 11*(3), 148-157.

Thanthitaweewat, P., & Jitpanya, C. (2019). Factors predicting adaptation of stroke survivors. *Journal of Nursing and Health Sciences, 12*(2), 151-163. [In Thai].

The National Institute for Emergency Medicine. (2022). *The report on the study of emergency medical services and the development of quality of care for stroke patients.* Retrieved from https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623. [In Thai].

Tiamkao, S. (2022). The incidence of stroke in Thailand. *Thai Journal of Neurology, 39*(2), 39-46. [In Thai].

Tippayanate, N. & Chanabutr, W. (2016). *Knowledge of stroke risk factors and warning signs.* Retrieved from https://www.niems.go.th/1/upload/ migrate/file/255911291539072135_dE-7hVSOZkKEUPi6z.pdf. [In Thai].

Tuida, K., Kerdmongkol, P., Amnatsatue, K., & Rawiworrakul, T. (2017). Factors predicting activities of daily living among stroke patients in Bangkok metropolitan. *Journal of Public Health Nursing, 31*(Special), 27- 42. [In Thai].

Vajragupta, Y., & Jitsuchon, S. (2020) *The impact of COVID-19 on the elderly.* Retrieved from https://tdri.or.th/2020/09/the-impact-of-covid-19-on-older-persons/. [In Thai].

Visser, M. M., Aben, L., Heijenbrok-Kal, M. H., Busschbach, J. V., & Ribbers, G. M. (2014). The relative effect of coping strategy and depression on health- related quality of life in patients in the chronic phase after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine : Official Journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, 46*(6). 514-519.

Wokleah, H. (2016). *Factors influencing to health-related quality of life among stroke survivors of Yala Hospital.* Master Thesis, Yala Rajabhat University, Yala. [In Thai].

Wongwassana, S. (2021). Negative influential factors from COVID-19 pandemic on passenger service's happiness in work. *Rajapark Journal, 22*(1), 85-105. [In Thai].

Yeoh, Y. S., Koh, G. C., Tan, C. S., Lee, K. E., Tu, T. M., Singh, R., … Luo, N. (2018). Can acute clinical outcomes predict health-related quality of life after stroke: A one-year prospective study of stroke survivors. *Health and Quality of Life Outcomes, 16*(1), 221.